

MEDISCHE VERKLARING

1. Verklaring: Toestemming tot handelwijze als het kind ziek wordt op school

Het kan voorkomen dat uw kind tijdens het verblijf op school ziek wordt, zich verwondt, door een insect wordt gestoken etc. In zo'n geval zal de school altijd contact opnemen met de ouders, verzorgers of met een andere, door hen aangewezen, persoon. Een enkele keer komt het voor dat ook deze niet te bereiken is. Als deze situatie zich voordoet zal de leraar een zorgvuldige afweging maken of uw kind gebaat is met een 'eenvoudige' pijnstiller of dat een arts geconsulteerd moet worden.

Als u hiermee akkoord bent, wilt u dan dit formulier invullen.

Ondergetekende gaat akkoord met bovengenoemde handelwijze ten behoeve van:

Naam leerling: _____ Geboortedatum: _____

Te waarschuwen persoon, indien ouder(s)/verzorger(s) niet te bereiken zijn:

Naam: _____

Telefoon thuis/werk: _____

Mijn kind is overgevoelig voor de volgende zaken:

- ☐ MEDICIJNEN, naam: _____
- ☐ ONTSMETTINGSMIDDELEN, naam: _____
- ☐ SMEERSEL TJES tegen bijvoorbeeld insectenbeten, naam: _____
- ☐ PLEISTERS, naam: _____
- ☐ OVERIG, naam: _____

Wilt u eventuele veranderingen zo spoedig mogelijk doorgeven aan de directie van de school?

Het is zeer belangrijk dat deze gegevens actueel zijn.

Ondergetekende,

Naam: _____

Ouder/verzorger van: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

2. Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek (alleen invullen indien van toepassing)

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

Naam leerling: _____ Geboortedatum: _____

Telefoon thuis / werk: _____

Naam, adres, telefoon huisarts: _____

Naam, telefoon specialist: _____

De medicijnen zijn nodig voor: _____

Naam van het medicijn: _____

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

_____ uur / _____ uur / _____ uur / _____ uur

Geef aan in welke specifieke situatie het medicijn toegediend mag worden:

Dosering van het medicijn: _____

Wijze van toediening: _____

Wijze van bewaren: _____

Controle op vervaldatum door: (naam, functie) _____

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q. de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

Naam: _____

Ouder/verzorger van: _____

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening: _____

Let op:

- Ouders zorgen voor een adequate instructie voor het verstrekken van de medicijnen.

- Dit formulier dient ook ingevuld te worden voor medicatie die uw kind zelf inneemt op school!