

**Bijlage 02 - Aanvraagformulier**  
**Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken.**

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Zonder handtekening van een ouder of van een arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

Bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

---

**INGEVAL HET MEDICATIE BETREFT ZONDER DOKTERSVOORSCHRIFT**

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDER

---

Naam en klas van de leerling

Naam van het medicijn

Tijdstip en dosering

Begin- en einddatum van het gebruik

Wijze van bewaring (*bv. koel*)

Naam van de ouder die ondertekent

Telefoonnummer van de ouder

Door het invullen en ondertekenen van dit document neem ik, als ouder, de verantwoordelijkheid.

**Datum**

**Handtekening van de ouder**

---

**INGEVAL HET MEDIACIE OP DOKTERSVOORSCHRIFT BETREFT:**

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

---

Naam en klas van de leerling .....

Naam van het medicijn .....

Begin- en einddatum .....

Het medicijn dient genomen te worden  
*(tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)* .....

Dosering  
*(aantal tabletten, ...)* .....

Wijze van gebruik  
*(oraal, percutaan, indruppeling, inhalering)* .....

Wijze van bewaring  
*(bv. koel)* .....

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn .....

Het medicijn mag niet genomen worden indien .....

Naam van de arts .....

Telefoonnummer van de arts .....

**Datum**  
.....

**Stempel van de arts**

**Handtekening van de arts**  
.....