

## Medicatiekaart

Naam kind: \_\_\_\_\_

Klas: \_\_\_\_\_

Naam ouder(s): \_\_\_\_\_

Naam medicijn: \_\_\_\_\_

Vorm:             tablet                             capsule  
                     siroop                                 zalf  
                     spray                                     anders: \_\_\_\_\_

Dosering: \_\_\_\_\_

Moment van inname: \_\_\_\_\_

Hoe bewaren?  koelkast                             kamertemperatuur

Ik verklaar hierbij dat mijn zoon of dochter bovengenoemde medicatie mag toegediend krijgen door de school.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

## Medicatiekaart

Naam kind: \_\_\_\_\_

Klas: \_\_\_\_\_

Naam ouder(s): \_\_\_\_\_

Naam medicijn: \_\_\_\_\_

Vorm:             tablet                             capsule  
                     siroop                                 zalf  
                     spray                                     anders: \_\_\_\_\_

Dosering: \_\_\_\_\_

Moment van inname: \_\_\_\_\_

Hoe bewaren?  koelkast                             kamertemperatuur

Ik verklaar hierbij dat mijn zoon of dochter bovengenoemde medicatie mag toegediend krijgen door de school.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

