



Medicatie op school

Aanvraagformulier

Mijn kleuter moet op school medicatie gebruiken op doktersvoorschrift.

Wil je dat de school er op toeziet dat je kleuter tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift? Vul dan vooraf onderstaand aanvraagformulier in. Let op: het deel aangeduid met 'In te vullen door de arts' moet ook effectief door een arts worden ingevuld. Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

Duurt de periode waarbinnen het medicijn moet worden ingenomen langer dan een trimester, dan dien je bij het begin van een nieuw trimester een nieuw formulier in. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen vul je een nieuw formulier in. Na beëindiging van de therapie wordt dit formulier vernietigd.

1 DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Naam van de kleuter:

Geboortedatum:

Klas:

Naam ouder:

Telefoonnummer ouder:

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat zijn/haar zoon of dochter medicijnen inneemt zoals beschreven in onderstaand doktersvoorschrift.

.....
Handtekening ouder(s)

.....
Datum



2 DEEL IN TE VULLEN DOOR DE SCHOOL

De school houdt per kleuter een register bij van de toegediende medicijnen. Hierop staat welk medicijn een kleuter op welk tijdstip heeft ingenomen en onder wiens toezicht. De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis en kunnen daartoe niet verplicht worden.

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door (naam en functie personeelslid):

.....

En in diens afwezigheid door (naam en functie personeelslid):

.....

.....
Naam en handtekening directie

.....
Handtekening(en) betrokken personeelsleden



3 DEEL IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE ARTS

Naam van het geneesmiddel:

.....

Periode van inname:

van

tot

(begin- en einddatum, bv. 03/09/2026)

Tijdstip van inname:

(tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)

.....

Dosering van het medicijn:

(aantal tabletten, ml, ...)

.....

Wijze van gebruik:

(oraal, percutaan, indruppeling, inhalering, ...)

.....

Wijze van bewaring:

(koel, droog, ...)

.....

Mogelijke bijwerkingen:

.....

Mag niet worden ingenomen indien:

.....

Naam van de arts:

.....

Telefoonnummer van de arts:

.....

Datum en handtekening

Stempel