



VRIJE BASISCHOOL  
WACHTEBEKE • OVERSLAG • SINT-KRUIS-WINKEL

# Sint-Laurens

Dorp 43A  
9185 Wachtebeke  
09/345 06 70  
www.slw.be  
dorp@slw.be

Overslag 1  
9185 Wachtebeke  
09/345 85 54  
www.sloverslag.be  
directie@sloverslag.be

Dr. Jules Persynplein 5  
9185 Wachtebeke  
09/345 95 24  
www.slw.be  
info@slw.be

Sint-Kruis-Winkeldorp 114  
9042 Sint-Kruis-Winkel  
09/345 80 68  
www.slw.be

## MEDICATIEFICHE 2017 - 2018

### PERSONENGEGEVENS

Naam en voornaam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Telefoon \_\_\_\_\_

GSM ouders \_\_\_\_\_

### MEDICATIEGEGEVENS

Naam van de medicatie \_\_\_\_\_

Dosis \_\_\_\_\_

Tijdstip toedienen \_\_\_\_\_

Wijze van toedienen \_\_\_\_\_

Periode van toedienen Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (Datum)

Bewaarplaats medicatie \_\_\_\_\_ (Hoe te bewaren? Koelkast,...?)

### VOORSCHRIFT VAN DE BEHANDELLENDE ARTS

Indien medicijn langer dan 10 dagen dient te worden toegediend.

Ondergetekende, Dr. \_\_\_\_\_ verklaart dat \_\_\_\_\_

de hierboven genoemde medicatie dient te nemen.

De specificaties zijn hierboven aangeduid.

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

Stempel en  
handtekening arts:

## TOESTEMMING VAN DE OUDERS/VOOGD

---

De medicatie dient in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze getekende fiche.

De medicatie zal worden toegediend onder toezicht van de leerkracht die ook de controle op de vervaldatum zal doen. Hiermee geef ik de toestemming om bovenstaande medicatie toe te dienen en verklaar ik als ouder/voogd volledig verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn en te blijven voor eventuele nadelige gevolgen van de medicatie voor de leerling.

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

Handtekening  
ouder/voogd:



**Gelieve dit formulier te bezorgen indien uw kind medicatie moet innemen tijdens de schooluren.**  
Extra exemplaren van de medicatiefiche zijn te bekomen op de school.