



VRIJE BASISCHOOL  
WACHTEBEKE • OVERSLAG • SINT-KRUIS-WINKEL

# Sint-Laurens

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

Overslag 1  
9185 Wachtebeke  
09/345 85 54  
www.slw.be

Dorp 21  
9185 Wachtebeke  
09/345 93 45  
www.slw.be

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

## MEDICATIEFICHE

Ondergetekende \_\_\_\_\_

Vader

Moeder

Voogd (\*) van

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

Voornaam kind \_\_\_\_\_

Klas \_\_\_\_\_

vraagt om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind:

Naam medicatie (zie verpakking)	Tijdstip (wanneer te geven)	Dosis (in welke hoeveelheid per keer)

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

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

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

Vervaldatum medicatie \_\_\_\_\_ (Datum)

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

### Voorschrijvende arts

Naam arts \_\_\_\_\_

Telefoon arts \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Hiermee verklaar ik als

ouder

voogd (\*)

volledig verantwoordelijk en aansprakelijk te zijn en te blijven voor eventuele nadelige gevolgen van de medicatie voor dit kind.

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Handtekening  
ouder/voogd:

(\*) Aanvinken wat van toepassing is.

