****

**Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Ondergetekende geeft middels dit formulier toestemming om zijn of haar kind tijdens schooltijd de hieronder omschreven medicatie toe te dienen:

|  |
| --- |
| **Leerling** |
| Naam leerling |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| Postcode en Woonplaats |  |
| Naam ouder(s)/verzorger(s) |  |
| Telefoonnummer(s) m.b.t. een noodgeval |  |
| **Medicatie** |
| Naam medicatie |  |
| De medicatie wordt verstrekt op voorschrift van |  |
| Ziekte/aandoening waarvoor de medicatie wordt toegediend |  |
| De medicatie wordt op de volgende wijze toegediend | 🞏 via mond🞏 via oog 🞏 via anus 🞏 via oor 🞏 via neus 🞏 via huid🞏 anders namelijk….............................................. |
| Tijdstip van het toedienen van de medicatie |  |
| Bijzonderheden(bijv. … uur voor de maaltijd, niet i.c.m. melkproducten, zittend/liggend) |  |
| De medicatie wordt bewaard | 🞏 In de koelkast🞏 Buiten de koelkast |

* De medicatie wordt aan de school geleverd in originele verpakking met bijgevoegde bijsluiter.
* De hieronder genoemde leerkracht(en) hebben instructie gehad m.b.t. het toedienen van de betreffende medicatie.

De ouders/verzorgers zijn bekend met de werking van de medicatie op zijn kind en heeft dit reeds zelf toegediend. De ouder heeft de houdbaarheidsdatum van de verstrekte medicatie gecontroleerd.
De leerkracht is niet aansprakelijk voor de eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het toedienen van de medicatie. Ouders/verzorgers blijven te allen tijde eindverantwoordelijk.

Voor akkoord

Plaats: ………………………………………………..

Datum: ………………………………………………

Naam ouder(s)/verzorger(s): Handtekening ouder(s)/verzorger(s):

Naam leerkracht(en): Handtekening leerkracht(en):