

ISW _____

T.a.v. _____

Algemene Directie

Professor Holwerdalaan 52
 2672 LD Naaldwijk
 Postbus 180
 2670 AD Naaldwijk

T (0174) 62 18 55

F (0174) 64 13 56

E adir@isw.info

I www.isw.info

Hierbij verzoekt ouder/verzorger _____ van leerling _____ uit klas _____ ondersteuning bij het toedienen van medicijnen aan eerdergenoemde leerling.

Naam medicijn:	
Dag en tijdstip van verstrekken	
of beschrijving van noodsituatie	
Wijze van inname door leerling	
Wijze van bewaren van medicijn	
Periode van inname door leerling (maximaal 1 schooljaar)	

De ouder/verzorger van bovengenoemde leerling is verantwoordelijk voor de houdbaarheidsdatum van het te verstrekken medicijn en het doorgeven/bespreken van wijzigingen in het gebruik van bovengenoemd medicijn.

Hieronder niets invullen.

Handtekening ouder/verzorger

Plaats _____

Datum _____

Akkoord	Ja / Nee
Naam	_____
Functie	_____
Datum	_____
Paraaf	_____
(Mondelinge) instructie ontvangen van ouder/verzorger op datum _____	