



Gemeentelijke
Basisschool
Melle

Attest medicijnen

Naam van de leerling: _____ Klas: _____

Naam van de ouders/voogd: _____ Tel: _____

Naam geneesheer: _____

Adres geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn: _____ Vorm: _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum: _____

Hoe bewaren? _____

Voorzorgen: _____

Datum:/...../.....

Handtekening ouders