



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:/...../20.....

Handtekening ouders/voogd



Beekstraat 40 - 9090 Melle - 09 210 07 48