

# De Kleuterkouter

Vrij kleuterschool

Julie Billiartplein 2  
B.V.A.-wijk F132  
9240 Zele

052/45 03 88

052/44 65 35

[directie.dekleuterkouter@kaozele.be](mailto:directie.dekleuterkouter@kaozele.be)

[Secretariaat.dekleuterkouter@kaozele.be](mailto:Secretariaat.dekleuterkouter@kaozele.be)



## Aanvraagformulier:

### Mijn kind moet op school medicatie gebruiken op doktersvoorschrift

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw minderjarig kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt op doktersvoorschrift, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen.

Let wel dat het deel aangeduid met "in te vullen door een arts" ook effectief door een arts wordt ingevuld.

Zonder handtekening en stempel van de arts wordt dit formulier niet als geldig beschouwd.

Indien de periode waarbinnen het medicijn moet worden ingenomen, langer duurt dan een schooljaar, dient bij het begin van een nieuw schooljaar een nieuw formulier te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

#### Deel in te vullen door de ouders

Naam van de leerling: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Klas: \_\_\_\_\_

Naam ouder: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer ouder: \_\_\_\_\_

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

Handtekening ouder(s)                      datum

**Deel in te vullen door de arts**

Naam van het medicijn: \_\_\_\_\_

Het medicijn dient te worden ingenomen van \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ t/m \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_.

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om \_\_\_\_\_ uur, om \_\_\_\_\_ uur.

Dosering van het medicijn: \_\_\_\_\_  
(aantal tabletten, ml,...)

Wijze van gebruik: (oraal; percutaan, indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd,...)

Wijze van bewaring: \_\_\_\_\_

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

Het medicijn mag niet worden ingenomen als:

Handtekening arts

Stempel arts

Datum

**Deel in te vullen door de school**

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door  
(naam en functie van personeelslid \*):

En in diens afwezigheid door (naam en functie van personeelslid \*):

Naam en handtekening van  
betrokken personeelsleden \*

Handtekening van de directie

De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.