

Toelating tot het toedienen van medicatie tijdens de vakantiewerking.

Naam + voornaam kind: _____

Huisarts + telefoonnummer: _____

Bloedgroep: _____ Allergisch aan: _____

Mijn zoon/dochter heeft:

- ADHD
- Suikerziekte
- Epilepsie
- ASS
- Astma
- _____

Mijn zoon/dochter neemt volgende medicatie: _____

Tijdstip(pen) van toediening: _____

Hoeveelheid/dosering: _____

Wijze van toediening: _____

Periode: van _____ tot _____

Hoe bewaren:

- Kamertemperatuur
- Koelkast

Opmerkingen:

Datum:

Handtekening ouder(s):