



## Aanvraagformulier Mijn kind moet op school medicijnen gebruiken op doktersvoorschrift

De laatste jaren wordt in toenemende mate gevraagd aan de leerkrachten van de school om medicatie toe te dienen op school.

Graag hadden wij hieromtrent volgende afspraken gemaakt:

- Gelieve in de mate van het mogelijke te vermijden dat medicatie op school moet worden toegediend.
- Indien toch medicatie op school moet worden toegediend, is het noodzakelijk dat onderstaande attest door de behandelde arts wordt ingevuld.
- De leerkracht/school kan op geen enkel moment verantwoordelijk worden gesteld worden voor neveneffecten die bij het kind optreden naar aanleiding van het toedienen van deze medicatie.

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 de 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 trimester, dient bij het begin van een nieuw trimester een nieuw formulier te worden ingediend. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

---

### DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

---

Naam van de leerling die op school medicijnen  
dient in te nemen

.....

Klas van de leerling

.....

Geboortedatum van de leerling

.....

Naam van de ouder die ondertekent

.....

Telefoonnummer van de ouder

.....

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

**Datum**

**Handtekening van de ouder(s)**

.....

.....

---

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS**

---

Naam van het medicijn

Het medicijn dient genomen te worden  
*(begin- en einddatum)*

van

tot

Het medicijn dient genomen te worden  
*(tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)*

Dosering  
*(aantal tabletten, ...)*

Wijze van gebruik  
*(oraal, percutaan, indruppeling, inhalering)*

Wijze van bewaring  
*(bv. koel)*

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn

Het medicijn mag niet genomen worden indien

Naam van de arts

Telefoonnummer van de arts

**Datum**

**Stempel van de arts**

**Handtekening van de arts**

---

---

---