



**VBS De Talentenboog Nukerke**

Glorieuxstraat 4

9681 Maarkedal 055 21 04 69

[www.vrijebasisscholenmaarkedal.be](http://www.vrijebasisscholenmaarkedal.be)

[roos.lambrecht@scholensgvla.be](mailto:roos.lambrecht@scholensgvla.be)

[felix.aelvoet@scholensgvla.be](mailto:felix.aelvoet@scholensgvla.be)

0468 05 75 18 / 0491 11 53 50

## **Aanvraagformulier medicatie op school**

### **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 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 medicatie moet een nieuw formulier ingevuld worden.

---

#### **Deel in te vullen door de ouders**

---

Naam van de leerling die het medicijn dient te nemen:

---

Geboortedatum:

---

Uit 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 genomen van: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ tot \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

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

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

Wijze van gebruik (bv. Oraal, percutaan,  
indruppeling, voor/na/tijdens de maaltijd ...): \_\_\_\_\_

Wijze van bewaring (bv. Koel): \_\_\_\_\_

Mogelijke bijwerkingen van het medicijn:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Het medicijn mag niet worden genomen indien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Naam van de arts: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer van de arts: \_\_\_\_\_

Handtekening van de arts

Stempel van de arts

Datum

---

**Deel in te vullen door de school<sup>1</sup>**

---

Op het nemen van het medicijn wordt toegezien door (naam en functie van het  
personeelslid<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

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

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken  
personeelsleden

---

<sup>1</sup> De school houdt een register bij van elk genomen medicijn. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht.

<sup>2</sup> De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.