



VZW Katholieke Scholen Groot-Bornem
SINT-BERNARDUSSCHOOL
Sint-Amandsesteenweg 256 - 2880 Bornem
Tel. : 03/889.13.18 - Fax : 03/889.32.05
directie@bernardusschool.be
secr@bernardusschool.be

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 in 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 school*

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

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

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden

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
Datum

Stempel van de arts

* 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.

** De betrokken personeelsleden aanvaarden deze taak op vrijwillige basis.