


<p>LOGO School</p> 	<p>Aanvraagformulier ouders/voogd: medicatie op school</p> <p>Bijlage 1 – 23.06.24</p>	<p>Schoolgegevens Koba Zuiderkempen Vbs Top@punt Vogelzang 64 -81 2440 Geel</p>
--	---	---

Beste ouders

Wanneer u wenst dat de school er op toeziet dat uw kind tijdens de schooluren bepaalde medicijnen inneemt, dient u vooraf onderstaand aanvraagformulier in te vullen. Hou er rekening mee dat , wanneer je kind langdurig medicatie moet nemen, dit formulier elk trimester vernieuwd moet worden. Ook bij een wijziging van therapie of medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden.

Gelieve rekening te houden met volgende afspraken:

- We trachten het medicatiegebruik op school zoveel mogelijk te beperken. Gelieve enkel wanneer het écht nodig is, een aanvraag in te dienen.
- Bij medicijnen die enkel op voorschrift kunnen bekomen worden, liefst kopie van het voorschrift toevoegen ofwel voorschrift overgenomen door apotheker op medicijnendoosje/verpakking.
- De medicatie moet rechtstreeks aan de klasleerkracht gegeven worden. Het is niet toegelaten om medicatie met je kind mee te geven bv. in de boekentas.
- We aanvaarden enkel medicatie in de originele verpakking en met originele bijsluiter.
- De naam van de leerling moet op de verpakking van het geneesmiddel geschreven staan.
- De leerkracht mag nooit een kind dwingen om medicatie in te nemen. De ouders worden verwittigd indien een kind weigert om een medicijn te nemen.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Naam van de betrokken leerling

.....

Klas

.....

Geboortedatum van de leerling

.....

Gewicht

kg

.....

Naam van de ouder die ondertekent

.....

Telefoonnummer van de ouder

.....

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, indruppelings, inhalering)

Wijze van bewaring
(bv. koel)

Naam van de huisarts (indien voorgeschreven medicijn)

Telefoonnummer van de arts

Datum

Handtekening van de ouder(s)

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)

De school houdt per leerling een register bij van de genomen medicijnen. 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 en kunnen daartoe niet verplicht worden.

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de personeelsleden