



Beernemsteenweg 117
8750 Wingene
☎ 051/65.75.57
✉ wildenburg.wingene@3span.be
www.wildenburgwingene.be



Rozendalestraat 125
8750 Wingene
☎ 051/65.75.78
✉ sintelooi.wingene@3span.be
www.sintelooiwingene.be



Balgerhoekstraat 80
8750 Wingene
☎ 051/65.53.69
✉ sintjanwingene@3span.be
www.sintjanwingene.be

AANVRAAGFORMULIER

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 en mag de school geen medicatie laten nemen op school.

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 ouder(s)

Naam van de leerling die het medicijn dient _____
in te nemen:

Uit klas: _____

Naam 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

ZIE OMMEZIJD



wildenburg
BASISSCHOOL WINGENE

Beernemsteenweg 117
8750 Wingene
☎ 051/65.75.57
✉ wildenburg.wingene@3span.be
www.wildenburgwingene.be



sint-elooi
LEEF- EN LEERSCHOOL WINGENE

Rozendalestraat 125
8750 Wingene
☎ 051/65.75.78
✉ sintelooi.wingene@3span.be
www.sintelooiwingene.be



Balgerhoekstraat 80
8750 Wingene
☎ 051/65.53.69
✉ sintjanwingene@3span.be
www.sintjanwingene.be

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 ong. _____uur, om ong. _____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*

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 _____

* De school houdt een register bij van elk genomen medicijn. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip heeft ingenomen en onder wiens toezicht.

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