



Contactpersoon: Kaat Van der Sluys  
directeur  
050 350 415  
schooldeoievaar@damme.be

## FORMULIER MEDICATIE OP SCHOOL

Datum: ..... Klas: .....  
Naam leerling: .....  
Naam ouder: ..... GSM: .....  
Naam dokter: ..... Tel.: .....

Naam van de medicatie: .....  
Dosering en wijze toediening: .....  
Tijdstip en frequentie: .....  
Wijze van bewaren: .....  
Duur behandeling: .....

Bijkomende opmerkingen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Handtekening ouder(s)

.....