

Vrije Basisschool 'De Schatkist' Wieze
Kloosterstraat 1-5
9280 WIEZE (LEBBEKE)
Tel. 053 77 31 45
directie@vbswieze.be



Bijlage 1 – Aanvraagformulier

Enkel indien van toepassing

Bijlage 1 Schoolreglement 2019 - 2020

Mijn kind moet **DAGELIJKS** medicijnen gebruiken op school 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 medicijnen moet een nieuw formulier ingevuld worden. Na beëindiging van de therapie zal dit formulier vernietigd worden.

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE OUDERS

Naam van de leerling die op school medicijnen dient in te nemen	
Klas van de leerling	
Geboortedatum van de leerling	
Naam van de ouder die ondertekent	
Telefoonnummer van de ouder	

Ondergetekende verzoekt de school om er op toe te zien dat de leerling medicijnen neemt in overeenstemming met het onderstaande doktersvoorschrift.

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**

DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS

Naam van het medicijn	van	tot
Het medicijn dient genomen te worden (<i>begin- en einddatum</i>)		
Het medicijn dient genomen te worden (<i>tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd</i>)		
Dosering (<i>aantal tabletten, ...</i>)		
Wijze van gebruik (<i>oraal, percutaan, indruppeling, inhalering</i>)		
Wijze van bewaring (<i>bv. koel</i>)		
Mogelijke bijwerkingen van het medicijn		
Het medicijn mag niet genomen worden indien		
Naam van de arts		
Telefoonnummer van de arts		

Datum

Stempel van de arts

Handtekening van de arts
