



Venusstraat 5  
2960 Brecht

☎ 03/660 07 70

📠 03/660 07 71

E-mail: [directie@de7sprong.be](mailto:directie@de7sprong.be)  
[secretariaat@de7sprong.be](mailto:secretariaat@de7sprong.be)

Website: [www.de7sprong.be](http://www.de7sprong.be)



St.-Willebrodusstraat 29  
2960 Brecht

☎ 03/660 07 70

📠 03/660 07 71

E-mail: [groep1@klavertjedrie.be](mailto:groep1@klavertjedrie.be)  
[secretariaat@de7sprong.be](mailto:secretariaat@de7sprong.be)

website: [www.klavertjedrie.be](http://www.klavertjedrie.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

\* 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.

---

**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*

---

**deel in te vullen door de school \***

---

*Het nemen van het medicijn geschiedt onder het toezicht van (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*