



Gemeentelijke Basisschool  
Hospitaalstraat 14  
8930 Lauwe

**ATTEST MEDICATIE**

**1. Gegevens i.v.m. de leerling**

Naam van de leerling: .....

Klas: .....

Adres van de leerling: .....

Naam van de ouders: .....

Telefoon ouders: .....

**2. Gegevens geneesheer**

Naam geneesheer: .....

Adres geneesheer: .....

Telefoon geneesheer: .....

**3. Gegevens medicatie**

Naam medicatie: .....

Vorm: .....

Dosering: .....

Tijdstip en frequentie: .....

Duur van de behandeling: .....

Hoe bewaren? .....

**4. Eventueel andere voorzorgen**

.....

.....

.....

Datum: .....

Handtekening ouders:

Handtekening geneesheer: