



VZW K5 Lummen – Campus Domino Meldert  
Schoolstraat 2 – 3560 Lummen  
Tel. 013/31 16 28

## Attest medicijnen

---

### Aanvraagformulier “Mijn kind moet op school medicijnen 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.

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)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



VZW K5 Lummen – Campus Domino Meldert  
Schoolstraat 2 – 3560 Lummen  
Tel. 013/31 16 28

---

**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)

\_\_\_\_\_

---

**DEEL IN TE VULLEN DOOR DE ARTS**

---

Naam van het medicijn

\_\_\_\_\_

Het medicijn dient genomen te worden  
(begin- en einddatum)

van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Het medicijn dient genomen te worden  
(tijdstippen, voor/tijdens/na de maaltijd)

\_\_\_\_\_

Dosering  
(aantal tabletten, ...)

\_\_\_\_\_

Wijze van gebruik  
(oraal, percutaan, indruppeling, inhalering)

\_\_\_\_\_

Wijze van bewaring  
(bv. koel)

\_\_\_\_\_

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**

.....