



**vzw Sint-Goedele Brussel**  
**Verheydenstraat 39 – 1070 Anderlecht**  
ondernemingsnummer: 0478.379.452

## BuO: Aanvraagformulier medicatie op school

Wanneer u wenst dat de school erop 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 erop toe te zien dat het kind medicijnen neemt in overeenstemming met het doktersvoorschrift aan de achterkant van dit blad.

Handtekening ouder(s) Datum

### 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.

Bij gebreken, incidenten of ongevallen waarschuw je onmiddellijk de directie of de preventieadviseur	Directeur: Jef Deschuyffeeler
DATUM:	Preventieadviseurs: Lore Boelens Johan Menten
ARBEIDSGENEESHEER: Idewe	Datum Laatste controle:



**vzw Sint-Goedele Brussel**  
**Verheydenstraat 39 – 1070 Anderlecht**  
ondernemingsnummer: 0478.379.452

## BuO: Aanvraagformulier medicatie op school

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

Stempel van de arts

Datum

### 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\*\*):

\_\_\_\_\_

Naam en handtekening van de directie

Handtekening van de betrokken personeelsleden

\* 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.

Bij gebreken, incidenten of ongevallen waarschuw je onmiddellijk de directie of de preventieadviseur	Directeur: Jef Deschuyffeleer
DATUM:	Preventieadviseurs: Lore Boelens Johan Menten
ARBEIDSGENEESHEER: Idewe	Datum Laatste controle: