

Geef dit formulier a.u.b. volledig ingevuld
na het huisbezoek mee aan de leid(st)ers van uw kind.



Toestemmingsverklaring medicijngebruik KVV 2017

Door ondertekening van dit formulier geeft u als ouder/verzorg(st)er toestemming aan KVV Stramproy om tijdens de KVV-week medicatie te verstrekken aan uw kind. De medicatie zal verstrekt worden door de hoofdleid(st)er van de groep waaraan uw kind deelneemt.

Naam + handtekening ouder/verzorg(st)er	Namen + handtekeningen beide hoofdleid(st)ers
--	--

Naam		Groep	1&2	3&4	5&6	7&8
		Jongen	Meisje			

Wijze van bewaren		
Instructie voor gebruik		
Verstrekken in volgende situaties	Op aangegeven tijden.	
	Anders nl.:	

In te vullen door..				
Ouder/verzorg(st)er				HL'er
	Tijdstip	Naam medicatie	Dosis	Paraaf
Maandag				
Dinsdag				
Woensdag				
Donderdag				
Vrijdag				