|  |
| --- |
| doktersattest toezicht op inname medicatie |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Geachte ouders,  In het kader van het medicatiebeleid op onze school vermijden wij zoveel mogelijk de toediening van medicatie op school. Omdat het toedienen van medicatie wettelijk niet zomaar mag, wensen wij hierover de volgende afspraken te maken:   * vermijd zoveel mogelijk de toediening van medicatie op school; * het toezicht houden op de inname van medicatie door het schoolpersoneel kan enkel met attest van de behandelende arts; * het personeelslid dat toezicht houdt, engageert zich om het voorschrift zo stipt en correct mogelijk uit te voeren; * het personeelslid dat toezicht houdt kan nooit verantwoordelijk gesteld worden voor de nevenwerkingen die de leerling ondervindt; * een leerling die zelfstandig medicatie inneemt doet dit op eigen verantwoordelijkheid; als de leerling onzorgvuldig omspringt met deze medicatie (bv. verspreiden onder andere leerlingen op school), valt dit onder het sanctiebeleid van de school.   Met vriendelijke groet,  de directeur |

|  |
| --- |
| Attest van de behandelende arts  Naam van de leerling: ………………………………………………………  Naam, dosering en vorm van de medicatie: ………………………………………………………  ………………………………………………………  ………………………………………………………  Wijze van inname: ………………………………………………………  Tijdstip van inname: ………………………………………………………  Periode van inname: van .................. tot ……………………… (datum)  Bewaringswijze van het geneesmiddel: ………………………………………….  Datum:  Stempel en handtekening arts  Akkoord van de ouder ( in overleg met het kind/de jongeren) met de afspraken:  Handtekening + naam ouder(s): |