



Kolmenstraat 2 - 7 3512 Hasselt-Stevoort Tel: 011/31 41 54 Fax: 011/59 26 58

Attest medicijnen

Naam van de leerling: _____ Klas: _____

Naam van de ouders: _____ Tel: _____

Naam geneesheer: _____

Adres geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn: _____ Vorm: _____

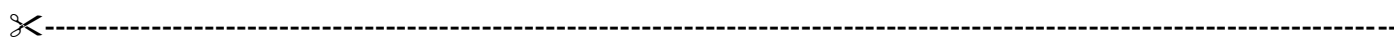
Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum: _____ Hoe bewaren? _____

Voorzorgen: _____

Handtekening ouders:



Kolmenstraat 2 - 7 3512 Hasselt-Stevoort Tel: 011/31 41 54 Fax: 011/59 26 58

Attest medicijnen

Naam van de leerling: _____ Klas: _____

Naam van de ouders: _____ Tel: _____

Naam geneesheer: _____

Adres geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

Naam medicijn: _____ Vorm: _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum: _____ Hoe bewaren? _____

Voorzorgen: _____

Handtekening ouders: