Scholengemeenschap Vrije Basisscholen Zulte-Olsene-Machelen

Staatsbaan 190
Looierijstraat 3
9870 ZULTE

Grote Steenweg 70
Heirweg 30
9870 OLSENE

Leihoekstraat 7
Schoolstraat 18
9870 MACHELEN

Gemeente Zulte

Gemeenteschool
Waalstraat 116
9870 ZULTE

Sportdienst & Speelpleinwerking
p/a Centrumstraat 8
9870 Zulte

Particulier sector onthaalgezinnen
p/a Meulebergstraat 11A
9870 Zulte

O.C.M.W. Zulte

Pluto
Staatsbaan 152
9870 Zulte

Snipper
Oliebergstraat 49
9870 Olsene

Ballonneke
Leihoekstraat 7A
9870 Machelen

Dienst opvanggezinnen
Staatsbaan 148
9870 Zulte

FICHE : TOEDIENING MEDICATIE

Ondergetekende : …….vader/moeder/voogd van

Naam + voornaam kind : ……..

vraagt aan O leerkracht van de school
O de onthaalmoeder
O de begeleiding buitenschoolse opvang
O …….

Om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind :
……

Type medicatie : O capsule, bruistablet, pil, siroop
O suppo
O …….
O spray, neusdruppels
O zalf

Toe te dienen dosis + tijdstip : ……..…
Periode : van …… tot en met ……..

Voorschrijvende arts : Dr. ……Tel. : …… …

De medicatie dient in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze fiche.

Datum :……. Handtekening ouder/voogd

In onderstaande vakjes noteren de mensen die de medicatie toedienden hun naam en het uur

Datum	1ste gift	2de gift	3de gift

MEDICATIE-FICHE : AANVRAAG + STEEKKAART

VOOR SCHOOL – KINDEROPVANG - ONTHAALMOEDER

Scholengemeenschap Vrije Basisscholen Zulte-Olsene-Machelen	**Gemeenteschool Zulte**	**O.C.M.W. Zulte**	**Sportkamp Speelpleinwerking**
Staatsbaan 190 Looierijstraat 3 9870 ZULTE	**Waalstraat 116** 9870 ZULTE	**Pluto** Staatsbaan 9870 ZULTE	…… …… …… ……
Grote Steenweg 70 Heirweg 30 9870 OLSENE		**Snipper** Oliebergstraat 9870 OLSENE	
Leihoekstraat 7 Schoolstraat 18 9870 MACHELEN		**Ballonneke** Leihoekstraat 9870 MACHELEN	
		Dienst onthaalmoeders Staatsbaan 9870 ZULTE	

Ondergetekende : ……vader/moeder/voogd van

Naam + voornaam kind : ……..

vraagt aan O leerkracht van de school O de begeleiding buitenschoolse opvang
O de onthaalmoeder O …….

Om volgende medicatie toe te dienen aan bovenvermeld kind :
…….

Type medicatie : O capsule, bruistablet, pil, siroop O spray, neusdruppels
O suppo O zalf
O …….

Toe te dienen dosis + tijdstip : ……..…
Periode : van …… tot en met ……..

Voorschrijvende arts : Dr. ……Tel. : …… …

De medicatie dient in de originele verpakking met bijsluiter te zitten en wordt enkel toegediend bij afgifte van deze fiche.

Datum :……. Handtekening ouder/voogd

In onderstaande vakjes noteren de mensen die de medicatie toedienden hun naam en het uur

Datum	1ste gift	2de gift	3de gift