

Attest medicijnen

Naam van de leerling: _____ Klas: _____

Vestigingsplaats: _____

Naam van de ouders: _____ Tel: _____

Naam geneesheer: _____

Adres geneesheer: _____

Telefoon geneesheer: _____

klasse

Naam medicijn: _____ Vorm: _____

Dosering: _____

Tijdstip en frequentie: _____

Vervaldatum: _____ Hoe bewaren? _____

Voorzorgen: _____

Handtekening ouders:

H. HART VAN MARIA
INSTITUUT
Oud-Strijderslaan 61 B
1140 Evere
Tél. 02/705 25 65
Fax 02/726 47 23