**Ik verklaar dat mijn kind onderstaande medicatie en dosering nodig heeft.**

Naam: ...................................................................................................................

Ouder van: ............................................................................................................

Telefoon of gsm: ...................................................................................................

**Mijn kind heeft volgende medicatie nodig:**

Naam medicament: ..............................................................................................

Aantal keer/dag: ...................................................................................................

Hoeveelheid: .........................................................................................................

Opmerkingen: .......................................................................................................

Naam van de arts die de medicatie voorschreef:

...............................................................................................................................

Telefoonnummer van de arts:

...............................................................................................................................

Handtekening en datum: ………………………………………………………………