



Toestemmingsformulier medisch handelen

Ondergetekende geeft in zijn hoedanigheid van ouder/verzorger toestemming aan de school voor het uitvoeren van de volgende medische handeling aan hieronder genoemde leerling. Deze verklaring is 1 jaar geldig tenzij er een tussentijdse wijziging plaatsvindt.

Naam van de leerling	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Naam huisarts	
Telefoon	
Naam medisch specialist	
Telefoon	
Naam ouder	
Telefoon thuis	
Telefoon werk	

Beschrijving van de medische handeling die noodzakelijk is:

Wijze van uitvoering van de medische handeling
De medische handeling mag alleen worden uitgevoerd in de volgende situatie
Periode van uitvoering
Tijdstippen van uitvoering
_____ uur _____ uur
_____ uur _____ uur
Extra opmerkingen

Plaats
Datum

Plaats
Datum

Handtekening:

Handtekening

Naam ouder/verzorger 1

Naam ouder/verzorger 2