



# ATTEST VOOR TOEDIENING VAN MEDICATIE

Buitenschoolse Kinderopvang 't Snuffeltje

Dit attest moet ingevuld en ondertekend worden door de ouder(s)/voogd van het kind en meegestuurd worden met de medicatie. Zonder volledig ingevuld attest kan er geen medicatie worden toegediend tijdens de opvang.

## 1. Gegevens van het kind

- Naam en voornaam: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 2. Gegevens van de ouder(s)/voogd

- Naam: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 3. Gegevens van de medicatie

- Naam van de medicatie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Vorm: \_\_\_\_\_  
(Siroop, tablet, druppels, zalf, inhaler, ...)  
\_\_\_\_\_
- Reden van gebruik: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Dosering: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hoeveelheid per toediening: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Tijdstip(pen) waarop medicatie moet worden toegediend: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Wijze van toediening: \_\_\_\_\_  
(Bv. via mond, op huid, inhalatie, ...)  
\_\_\_\_\_
- Te nemen acties bij bijwerkingen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 4. Duur van de behandeling

- Startdatum: \_\_\_\_\_
- Einddatum: \_\_\_\_\_  
*(Bij langdurige medicatie graag een nieuw attest per schooljaar.)*

#### 5. Verklaring ouder(s)/voogd

Ik verklaar dat bovenstaande informatie correct is en dat de kinderopvang gemachtigd is om deze medicatie toe te dienen volgens de opgegeven instructies.

Ik begrijp dat de opvang zonder dit volledig ingevulde attest geen medicatie mag toedienen omwille van veiligheid en verantwoordelijkheid.

- Datum: \_\_\_\_\_
- Handtekening ouder(s)/voogd: