



**Spes BuBaO**  
VZW Sint-Goedele Brussel

Verheydenstraat 39  
1070 Anderlecht

## Attest medicatie

Naam van de leerling : \_\_\_\_\_ Klas : \_\_\_\_\_

Naam school : \_\_\_\_\_

Naam van de ouders : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Naam dokter : \_\_\_\_\_

Adres dokter : \_\_\_\_\_

Telefoon dokter : \_\_\_\_\_

Naam medicijn : \_\_\_\_\_ Vorm : \_\_\_\_\_

Dosering : \_\_\_\_\_

Tijdstip en frequentie : \_\_\_\_\_

Vervaldatum : \_\_\_\_\_ Hoe bewaren ? \_\_\_\_\_

Handtekening ouders :