



**Toestemming tot het uitvoeren van medische handelingen.**

Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenaamde “medische handeling” op school bij:

naam leerling: .....

geboortedatum: .....

Naam ouder(s) /  
verzorger(s): .....

telefoon vader: .....

telefoon moeder: .....

naam huisarts: .....

telefoon: .....

naam specialist: .....

telefoon: .....

Naam medisch  
contactpersoon: .....

telefoon: .....

Beschrijving van de ziekte waarvoor de “medische handeling” nodig zijn:

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

Omschrijving van de uit te voeren “medische handeling”.

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

De “medische handeling” moet dagelijks worden uitgevoerd op onderstaande tijden:

- uur
- uur
- uur
- uur

De “medische handeling” mag alleen worden uitgevoerd in de volgende situatie:

-----  
 -----

Manier waarop de “medische handeling” moeten worden uitgevoerd:

-----  
 -----

**Bekwaamheidsdossier aanwezig:** JA / NEE

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan dat school c.q. de hieronder genoemde leraar die daarvoor een instructie voor de “medische handeling” heeft gehad, toestemming voor het uitvoeren van de “medische handeling”.

Naam: -----

Plaats: -----

Datum: -----

Handtekening: -----

**Instructie “medische handeling”**

Er is instructie gegeven over de “medische handeling” en de juiste controle op de juiste uitvoering op:

----- (datum)

**Door:**

Naam: -----

Functie: -----

Van: ----- (instelling)

**Aan:**

Naam: -----

Functie: -----

Van: ----- (naam en plaats school)

