**Toestemmingsverklaring betreffende de handelwijze voor als de leerling ziek wordt op school**

Het kan voorkomen dat uw kind gezond naar school gaat en tijdens de schooluren ziek wordt, zich verwondt, door een insect wordt geprikt of iets dergelijks. In zo’n geval zal de school contact opnemen met de ouders/ verzorgers of met een andere, door hen aangewezen, persoon. Een enkele keer komt het voor dat deze personen niet te bereiken zijn. Als deze situatie zich voordoet dan zal de leerkracht een zorgvuldige afweging maken of uw kind gebaat is met een ‘eenvoudige’ pijnstiller of dat een arts geconsulteerd moet worden.

*Ondergetekende, ouder/verzorger, gaat akkoord met bovengenoemde handelwijze ten behoeve van:*

Naam leerling: Geboortedatum:

 …………………………………………….. ………………………………………………..

Naam huisarts: Woonplaats huisarts: Tel. huisarts:
 ………………………………… …………….….. …………………………

*Mijn kind is overgevoelig voor de volgende zaken: Omschrijving:*

**•** Medicijnen:
 ……….……………………………………………………...
**•** Ontsmettingsmiddelen:

 ………………….……………..……………………….…….
**•** Smeerseltjes tegen bijv. insectenbeten:

 ………………….…………………..………….…………....
**•** Pleisters:

 ………………….…………………………………………….
**•** Overig:

 ………………….……………………………….…………...
**•** Andere belangrijke zaken:

 …………………………………………………………………………………………..….……..

*Te waarschuwen persoon, indien ouder(s)/verzorger(s) niet te bereiken zijn:*

Naam:
 ……………………………………………………………………………………………..
Telefoon thuis: Telefoon mobiel:

 ………………………………….. ………………………………………

Naam ouder(s)/verzorger(s) 1: Handtekening:
 …..………………………………….…… ………………….…………..
Plaats: Datum:
 ……………………………………….…… ……………………………...

***Het is zeer belangrijk dat de gegevens actueel zijn. Veranderingen graag z.s.m. doorgeven aan school.***

**Toestemmingsverklaring betreffende het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Ondergetekende, ouder/verzorger, geeft toestemming aan de medewerkers van Geijsteren Onderwijsgroep Buitengewoon voor het toedienen van het hieronder omschreven medicijn aan:

Naam leerling:

 ……………………………………………………………………………..

Geboortedatum:

 …………………………

Het medicijn is nodig in verband met:

 …………………………………………………………………….

Naam van het medicijn en sterkte:

 ………………………………………………..…………………..

Dosering van het medicijn:

* Maandag tijdstip: hoeveelheid:
 ……………………. …………………..
* Dinsdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

* Woensdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

* Donderdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

* Vrijdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

Medicijn indien nodig toedienen in de volgende situatie (bijv. bij prikkelhoest, jeuk):

……………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Het medicijn dient aangeboden te worden in de originele verpakking inclusief bijsluiter!***

Naam ouder/verzorger:

Plaats:

Datum:

Handtekening:

**Toestemmingsverklaring betreffende het uitvoeren van medische handelingen**

Ondergetekende, ouder/verzorger, geeft medewerkers van de Geijsteren Onderwijsgroep Buitengewoon, die in bezit zijn van een bekwaamheidsverklaring, toestemming voor uitvoering van hieronder beschreven medische handeling bij:

Naam leerling …………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: ……………………………………………

Beschrijving van de aandoening waarvoor de medische handeling op school bij de leerling nodig is:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Omschrijving van de uit te voeren medische handeling:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

De medische handeling wordt uitgevoerd, en indien van toepassing de bijbehorende medicatie toegediend, op onderstaande dagen in de nader omschreven hoeveelheid:

* Maandag tijdstip: hoeveelheid:
 ……………………. …………………..
* Dinsdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

* Woensdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

* Donderdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

* Vrijdag tijdstip: hoeveelheid:

 ……………………. …………………..

De medische handeling mag alleen worden uitgevoerd in de hieronder omschreven situatie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Manier waarop de medische handeling moet worden uitgevoerd:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Eventuele extra opmerkingen:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

Naam ouder(s)/verzorger(s) 1: Handtekening:

 …..………………………………….…… …………………………..
Plaats: Datum:
 ……………………………………….…… …………………………..