

Medicijn VERKLARING



Scouting



Ondergetekende, ouder(s)/verzorger(s) van:

Naam kind	
Geb. datum	
Speltak	

Geeft toestemming om het hierboven genoemde kind tijdens het verblijf bij Scouting Hintham het hierna genoemde medicijn/ zelfzorgmiddel toe te dienen. Het medicijn/ zelfzorgmiddel wordt toegediend conform de door u vermelde dosering.

Naam medicijn/ zelfzorgmiddel	
Van begindatum	
Tot einddatum	
Dosering	
Tijdstip(pen)	
Wijze van toedienen	
Bijzonderheden	
Bewaarvoorschrift	

Datum	
Handtekening ouder(s)/verzorger(s)	

Deze verklaring dient voor het wekelijks groepsdraaien en de kampen gescheiden in te worden gevuld.

Medicijnverklaring
Scouting Hintham