Bijlage 4 – Toestemmingsformulier: Mijn kind wordt ziek op school.

*Bij het begin van ieder schooljaar in te vullen en te ondertekenen  
door de ouder(s) van de minderjarige leerling.*

Het kan voorkomen dat uw kind tijdens de schooluren ziek wordt, ergens pijn heeft, zich verwondt, door een insect wordt gestoken of iets dergelijks. In zo’n geval zal de school steeds een inschatting maken van de ernst van de situatie en zo efficiënt mogelijk handelen (zie stappenplan als bijlage).

In het geval er sprake is van een klein onschuldig ongemak (een insectenbeet, een blauwe plek, menstruatiepijn…) zal de school de afweging maken of uw kind gebaat is bij het innemen van een eenvoudig, algemeen gangbaar medicijn dat voorkomt op een door het schoolbestuur goedgekeurde lijst. De school houdt een register bij van elk genomen medicijn. Hierop zal worden aangeduid welk medicijn een leerling op welk tijdstip geeft ingenomen en onder wiens toezicht. Deze lijst wordt geregeld gecontroleerd, om misbruik en overconsumptie te voorkomen.

In elk ander geval zal de school altijd contact met u opnemen om te overleggen over de stappen die de school moet ondernemen. Wanneer de situatie zich echter voordoet dat u niet te bereiken bent, zal de school de huisarts van uw kind of zo nodig de schoolarts contacteren om advies te verkrijgen over de verder te ondernemen stappen.

Daarom vragen we uw akkoord met bovengenoemde handelwijze ten behoeve van:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam van de leerling: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Voornaam van de leerling: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Geboortedatum van de leerling: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Straat + nummer: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Postcode + gemeente: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Ouder/opvoeder te contacteren in geval van ziekte: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefoon thuis: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Telefoon werk: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GSM 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | GSM 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Naam en telefoon huisarts: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |

In onderstaand overzicht zijn de eenvoudige, algemeen gangbare geneesmiddelen opgesomd die eventueel aan zieke leerlingen aangereikt kunnen worden. Gelieve zo nauwkeurig mogelijk in te vullen welke van deze medicijnen in voorkomend geval aan uw kind gegeven mogen worden.

Met aandrang vragen we om eventuele veranderingen zo spoedig mogelijk door te geven aan de directie. Het is zeer belangrijk dat deze gegevens actueel zijn.

Mijn kind mag onderstaande medicijnen toegediend krijgen indien het zich onverwacht ziek meldt op school (in de laatste kolom schrappen wat niet past).

[De school dient in onderstaande tabel zelf het beknopte lijstje met de in de medicijnkast aanwezige eenvoudige, algemeen gangbare medicijnen op te nemen en de situatie waarin deze zullen worden toegediend. Deze lijst hoort niet meer dan een handvol namen van geneesmiddelen te bevatten]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam geneesmiddel** | **Door de school te verstrekken in geval van** | **Akkoord van ouders** |
|  |  | **Ja / Neen** |
|  |  | **Ja / Neen** |
|  |  | **Ja / Neen** |

Volgende zaken dient de eventueel behandelende geneesheer over mijn kind te weten (bijvoorbeeld inzake allergische reacties):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening ouder(s)