**Verklaring: Toestemming tot handelwijze voor als het kind ziek wordt op school**

( bijlage bij het inschrijfformulier)

Het kan voorkomen dat uw kind tijdens het verblijf op schoolziek wordt, zich verwondt, door een insect wordt gestoken etc. In zo’n geval zal de school altijd contact opnemen met de ouders, verzorgers of met een andere, door hen aangewezen, personen. Een enkele keer komt het voor dat deze niet te bereiken zijn. Als deze situatie zich voordoet zal de leraar een zorgvuldige afweging maken of uw kind gebaat is met een ‘eenvoudige’ pijnstiller of dat een arts geconsulteerd moet worden.

Als u met hiervoor akkoord bent, wilt u dan dit formulier invullen.

Ondergetekende gaat akkoord met bovengenoemde handelwijze ten behoeve van:

naam leerling:

geboortedatum:

adres:

postcode en plaats:

naam ouder(s)/verzorger(s):

telefoon thuis:

telefoon werk:

naam huisarts:

 telefoon:

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

Naam:

telefoon thuis:

telefoon werk:

**Handtekening:**

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

naam leerling :

geboortedatum :

* MEDICIJNEN: naam:
* ONTSMETTINGSMIDDELEN: naam:
* SMEERSELTJES tegen bijvoorbeeld insectenbeten: naam:
* PLEISTERS: naam:
* OVERIG: naam:

Ruimte voor zaken die hierboven niet genoemd zijn:

Wilt u eventuele veranderingen zo spoedig mogelijk doorgeven aan de directie van de school?

Het is zeer belangrijk dat deze gegevens actueel zijn.

Ondergetekende naam:

 ouder/verzorger van:

plaats:

datum:

Handtekening:

**Verklaring: Toestemming tot het verstrekken van medicijnen op verzoek**

Ondergetekende geeft toestemming voor het toedienen van de hieronder omschreven medicijn(en) aan:

naam leerling:

 geboortedatum:

adres

postcode en plaats:

naam ouder(s)/verzorger(s):

telefoon thuis:

 telefoon werk:

 naam huisarts:

telefoon:

naam specialist:

 telefoon:

De medicijnen zijn nodig voor onderstaande ziekte:

Naam van het medicijn:

Medicijn dient dagelijks te worden toegediend op onderstaande tijden:

…… uur / …… uur / …… uur / …… uur

Medicijn(en) mogen alleen worden toegediend in de volgende situatie(s):

G D

Dosering van het medicijn:

Wijze van toediening:

Wijze van bewaren:

Controle op vervaldatum door: (naam)

functie:

Ondergetekende, ouder/verzorger van genoemde leerling, geeft hiermee aan de school c.q de hieronder genoemde leraar die daarvoor een medicijninstructie heeft gehad, toestemming voor het toedienen van de bovengenoemde medicijnen:

 naam:

ouder/verzorger:

plaats

datum:

Handtekening:

### Instructie voor medicijntoediening:

Er is instructie gegeven over het toedienen van de medicijnen op (datum)

Door:

naam: .

 functie: .

naam instelling:

### Aan:

naam: .

functie: .

naam en plaats school:

**Verklaring: Toestemming tot het uitvoeren van voorbehouden medische handelingen (BIG)** Ondergetekende geeft toestemming voor uitvoering van de zogenoemde ‘medische voorbehouden handeling’ op school bij:

naam leerling: .

 geboortedatum:.

adres: .

postcode en plaats:.

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

telefoon thuis:

telefoon werk:.

 naam huisarts:

 telefoon:

 naam specialist:

 telefoon:

 naam medisch contactpersoon:.

 telefoon:

Beschrijving van de ziekte waarvoor de ‘medische handeling’ op school bij de leerling nodig is:

**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 hieronder nader omschreven situatie:

manier waarop de ‘medische handeling’ moet worden uitgevoerd:

Eventuele extra opmerkingen:

Bekwaamheidsverklaring aanwezig (omcirkelen hetgeen van toepassing is): ja / nee

### Instructie medisch handelen

Instructie van de ‘medische handeling’ + controle op de juiste uitvoering is gegeven op

(datum).

### Door:

naam:

functie

 naam instelling:

### Aan:

naam:

functie:

naam en plaats school:

**Ondergetekende**:

naam:

ouder/verzorger:

plaats:

 datum: .

Handtekening:

# Bekwaamheidsverklaring

### Uitvoeren van medische handelingen

**Verklaring: Bekwaam uitvoeren van medische handelingen (BIG)**

Ondergetekende, bevoegd tot het uitvoeren van de hieronder beschreven handeling

verklaart dat,

(naam werknemer):

functie:

werkzaam aan/bij:

na instructie door ondergetekende, in staat is bovengenoemde handeling bekwaam uit te voeren.

De handeling moet worden uitgevoerd ten behoeve van:

(naam leerling):

geboortedatum:

 Het uitvoeren van bovengenoemde handeling is voor de leerling noodzakelijk wegens:

De hierboven beschreven handeling mag alleen worden uitgevoerd op de tijdstippen waarop de leerling op school aanwezig is.

De hierboven beschreven handeling moet worden uitgevoerd gedurende de periode:

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Ondergetekende:

naam:

functie:

werkzaam aan/bij:.

plaats:

datum:.

Handtekening: