

**MEDISCHE STEEKKAART 2022**  
**BOSKLASSEN 3<sup>de</sup> + 4<sup>de</sup> leerjaar**

Mogen wij u vragen deze fiche zorgvuldig in te vullen? Als u bepaalde gegevens over uw zoon of dochter mondeling wilt toevertrouwen, kunt u uiteraard contact opnemen met de klastitularis.

Naam: .....

Voornaam: ..... klas : .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

..... tel.: .....

Contactadres + tel. indien u afwezig bent:

.....

.....

.....

Zijn er punten waarmee de leerkrachten rekening moeten houden (vlug moe, bedwateren, slaapwandelen, ...)?

.....

.....

Moet uw zoon of dochter geneesmiddelen innemen? JA / NEEN -> Indien ja, gelieve het rechterdeel van deze steekkaart in te laten vullen door de arts van uw kind.

Is uw zoon of dochter ergens allergisch of gevoelig voor?

.....

Wanneer werd uw zoon of dochter voor het laatst gevaccineerd tegen tetanus (klem)?

.....

Opmerkingen:

.....

.....

.....

**MEDISCHE STEEKKAART 2022**  
**BOSKLASSEN 3<sup>de</sup> + 4<sup>de</sup> leerjaar**

De ouders van .....  
geven de begeleiders WEL / GEEN toestemming om in geval van ziekte van uw kind volgende medicatie toe te dienen:

- pijnstillers (bv. dafalgan, perdolol, nurofen)
- hoestsiroop
- keeltabletten
- immodium
- motilium
- neusspray
- ...
- ...



schrappen wat niet past en/of aanvullen

Handtekening

datum

**!!! Voeg bij deze medische steekkaart 2  
klevers van het ziekenfonds waarbij u  
bent aangesloten !!!**

**MEDISCHE STEEKKAART 2022**  
**BOSKLASSEN 3<sup>de</sup> + 4<sup>de</sup> leerjaar**

Mijn kind moet op bosklassen medicatie gebruiken op doktersvoorschrift.

**in te vullen door de arts**

Naam van het medicijn: .....

Het medicijn dient te worden genomen van .../.../20... tem .../.../20...

Het medicijn dient dagelijks te worden genomen: om ... uur, om ... uur, om ... uur

dosering van het medicijn (aantal tabletten, ml,...)

.....

wijze van gebruik (bv. oraal, percutaan, voor/na/tijdens de maaltijd, ...) .....

.....

wijze van bewaring (bv. koel) .....

.....

mogelijke bijwerkingen: .....

.....

het medicijn mag niet ingenomen worden indien: .....

.....

naam van de arts: .....

telefoonnummer arts: .....

handtekening + stempel arts

datum

Gelieve hiernaast aan te duiden welk menu uw kind verkiest:

**Mijn kind eet**

**O vlees**

**O vegetarisch**