



In te vullen door Active Care

Vult u de volgende informatie volledig en duidelijk in, a.u.b.

Naam deelnemer:

Weekend:(in te vullen door Active Care)

Vakantie:(in te vullen door Active Care)

Naam groepsleid(st)er:(in te vullen door Active Care)

Naam medicatie 1:

Toepassing:
.....
.....

Naam medicatie 2:

Toepassing:
.....
.....

Naam medicatie 3:

Toepassing:
.....
.....

Naam medicatie 4:

Toepassing:
.....
.....

Paraaf ouder/verzorger

.....

Z.O.Z.



Bijzonderheden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

De ouder / verzorger verklaart hierbij toestemming te geven voor het toedienen van eerdergenoemde medicatie en verklaart de toepassing bij iedere vorm van opvang zo duidelijk mogelijk aan de groepsleid(st)er over te dragen.

De ouder / verzorger verstrekt de benodigde medicatie bij aanvang van de opvang aan de groepsleid(st)er.

De verantwoordelijkheid voor het toedienen van de medicatie blijft altijd bij de ouder(s)/verzorger(s) van de deelnemer.

Naam ouder/verzorger:

Telefoonnummer:

Mobiel:

Huisarts:

Ouders zijn ten alle tijden verplicht om wijzigingen binnen eerder beschreven informatie tijdig door te geven.

Datum:

Handtekening ouder(s)/verzorger(s)

.....