

# Verklaring Medicijnverstrekking

Formulier voor leden van Drostengroep Scouting Coevorden (zie **note**)  
**Informatie is vertrouwelijk én bestemd voor leiding alleen!**



**Naam Kind:** \_\_\_\_\_

Ondergetekende ouder/verzorger geeft, door middel van het ondertekenen van deze verklaring, toestemming aan de leiding, om bij bovengenoemd kind tijdens het (zomer)kamp, het hierna genoemde medicijn/zorgmiddel toe te dienen. Het medicijn/zorgmiddel wordt toegediend conform de op de bijsluiters en/of etiket vermelde dosering (hieronder evt. nader verduidelijkt).

**Naam medicijn / zelfzorgmiddel:**

\_\_\_\_\_

**Toediening:** (via mond, oog, oor, neus, anus, huid)

\_\_\_\_\_

**Wanneer en hoe vaak moet het medicijn worden toegediend:**

\_\_\_\_\_

**Kopie recept aanwezig?**  Ja /  nee \*

**Gebruiksaanwijzing?**  Ja /  nee \*

**Het medicijn / zelfzorgmiddel is houdbaar tot en met:**

\_\_\_\_\_

**Eventuele bijzonderheden:** (b.v. combinatie met algemene geneesmiddelen zoals pijnstillers)

\_\_\_\_\_

## Voor Akkoord

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Naam ouder/verzorger \_\_\_\_\_

Handtekening ouder/verzorger \_\_\_\_\_

## Namens Scouting

Naam leiding \_\_\_\_\_

Handtekening leiding \_\_\_\_\_

**Note 1:** het is niet verplicht om alles naar waarheid in te vullen, maar wij verzoeken u toch vriendelijk om dit wel te doen, zodat wij beter weten hoe we met uw kind om moeten gaan of hoe we moeten handelen in geval van nood.

**Note 2:** Voor elk kamp / overnachting wordt u gevraagd de verklaring medicijnverstrekking opnieuw in te vullen. Daarom is dit formulier digitaal beschikbaar zodat u het privé kunt opslaan en jaarlijks kunt bijstellen voordat u het uitprint en teruggeeft aan de leiding.

Bij voorbaat dank, en voor meer informatie kunt u altijd terecht bij de leiding van uw kind.

