



KBS de Loofhut

Formulier medische gegevens voor het LVS

Naam leerling: _____

Zit in de groep: _____

Medische gegevens voor het LVS	
<p style="text-align: center;">Medicijngebruik</p> <p>Indien u ja heeft ingevuld vragen wij u de verklaring medicijngebruik in te vullen, indien dit nog niet gedaan is door u. Deze verklaring kunt u downloaden van onze website.</p>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja Naam medicijn ----- ----- Voorschrift:
<p>Heeft bovenstaande leerling een allergie?</p>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl. voor ----- ----- <input type="checkbox"/> zijn er producten die de leerling niet mag eten?
<p style="text-align: center;">Zindelijkheid</p> <p>Is bovenstaande leerling geënt?</p>	<input type="checkbox"/> overdag zindelijk * <input type="checkbox"/> 's nachts zindelijk * <input type="checkbox"/> Nee, niet geënt* <input type="checkbox"/> DKTP1 + Hib 1 2 mnd * datum: ----- <input type="checkbox"/> DKTP2 + Hib 2 3 mnd * datum: ----- <input type="checkbox"/> DKTP3 + Hib 3 4 mnd * datum: ----- <input type="checkbox"/> DKTP4 + Hib 4 11 mnd * datum: ----- <input type="checkbox"/> BMR1 + Men C 14 mnd* datum: ----- <input type="checkbox"/> DTP 5 + AK 4 jr. * datum: ----- <input type="checkbox"/> DTP 6 + BMR2 9jr.* datum: -----
<p>Loopt bovenstaande leerling bij een specialist / speciale zorginstantie o.i.d.?</p>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja nl. bij contactpersoon Reden Ook graag adres en telefoonnummer vermelden.

Ingevuld door:	handtekening:
Ingevuld op: _____ (datum)	