

**TILL FÖRÄLDRAR VARS BARN ERHÅLLER LÄKEMEDEL AV SKOLANS
PERSONAL NÄR SKOLHÄLSAN INTE MEDVERKAR**

Detta blad ska fyllas i av vårdnadshavare i samband med läkemedelsbehandling i skolan.

Elevens namn.....Födelsedata.....

☎ Hem.....
☎ Mamma nås dagtid
☎ Pappa nås dagtid
☎ Annan person att ringa till

Orsak till medicinering

.....
.....

Läkemedel

.....
.....

Administrationsätt och tidpunkt

.....
.....

Läkemedel förvaras på skolan

.....
.....

SKRIFTLIG ORDINATION AV LÄKARE SKA BIFOGAS

Jag som vårdnadshavare ger personalen rätt att ge mitt barn läkemedel enligt ordination.

..... Datum Vårdnadshavare Datum Vårdnadshavare

Jag som personal har tagit del av information om elevens läkemedelsbehov under skoltid och samtycker till att ge läkemedel enligt ovan.

..... Datum Namn