# Formulier Overgevoeligheid/Allergieën

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam leerling:** .........  Geb. datum: .. - .. - .... | Datum: .. - .. - .... |
| Handtekening ouder(s)/verzorger(s): |

In de tweede kolom vult u specifiek in waarvoor uw zoon/dochter overgevoelig of allergisch is. Indien er geen allergie is kunt u deze leeg laten.

|  |  |
| --- | --- |
| Mijn kind is overgevoelig / allergisch voor: | |
| Medicijnen | ......... |
| Ontsmettingsmiddelen | ......... |
| Smeerseltjes / zalfjes tegen bijv. insectenbeten | ......... |
| Pleisters | ......... |
| Voeding – allergie: | ......... |
| Voeding – dieet: | ......... |
| Overige | ......... |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Mijn kind gebruikt de volgende medicatie voor zijn/haar allergieën: | | | |
| Naam medicijn | Dosering | Wijze van toediening | Zelfstandig\* |
| ......... | ......... | ......... | ja  nee |

|  |
| --- |
| In het geval dat een kind een EpiPen nodig heeft, zorgen ouder(s)/verzorger(s) ervoor dat deze altijd meegaat naar school en nog houdbaar is.  **Opbergplaats EpiPen op school:** (door school in te vullen)  ......... |