Utlevering av legemidler ved Sokndal skole/SFO

Den som utleverer legemidlene skal fylle ut dette skjemaet fortløpende og signere med minimum tre bokstaver. Skjemaet som er utskrevet leveres foreldrene.

Elevens navn:_____

Begynn på nytt skjema den første hverdagen i måneden.

År: **Mnd:**	**Utlevering av faste legemidler:**		**Utlevering av eventuell medisin:**		**Anmerkninger Eks.grunner til at legemidlene ikke er gitt:**
Dato/sign.:	**Kl.____**	**Kl.____**	**Kl.____**	**Hva er gitt:**	