

## Formulier bekwaamheidsverklaring

|                  |  |
|------------------|--|
| Naam medewerker: |  |
| Functie:         |  |

Wordt bekwaam geacht voor de hierna genoemde medische handeling:

|  |
|--|
|  |
|--|

Deze handeling mag alleen worden uitgevoerd bij:

|                |  |
|----------------|--|
| Naam leerling: |  |
| Geboortedatum: |  |

Deze verklaring is afgegeven op datum: .....

|                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| Arts/Verpleegkundige/Zorgverlener | Ouder/Verzorger |
| Naam:                             | Naam:           |
| Handtekening:                     | Handtekening:   |

De bekwaamheidsverklaring is twee jaar geldig bij een minimale verrichting van 1 maal per 3 maanden. Na drie maanden onvoldoende uitvoering moet de bekwaamheid opnieuw worden aangetoond. De medewerker is hiervoor zelf verantwoordelijk.

Kopie naar dossier:

- Leerlingdossier
- Personeel
- Ouder(s)/Verzorger(s)

