

Bijlage 1

**Verklaring
Bekwaamheid uitvoeren van medische handelingen**

Ondergetekende, bevoegd tot het uitvoeren van de hieronder beschreven handeling,

verklaart, dat

Naam werknemer: _____

Functie: _____

Werkzaam bij/aan: _____

na instructie door ondergetekende, in staat is bovengenoemde handeling bekwaam uit te voeren.
De handeling moet worden uitgevoerd ten behoeve van:

Naam leerling: _____

Geboortedatum: _____

Het uitvoeren van bovengenoemde handeling is voor de leerling noodzakelijk wegens:

De hierboven beschreven handeling mag alleen worden uitgevoerd op de tijdstippen waarop de leerling op school aanwezig is.

De hierboven beschreven handeling moet worden uitgevoerd gedurende de periode:

Ondergetekende:

Naam: _____

Functie: _____

Werkzaam aan/bij: _____

Handtekening: _____

Plaats: _____ Datum: _____