SKJEMA FOR UTLEVERING AV MEDISINER FRA BARNEHAGE/SKOLE/SFO TIL BARNET/ELEVEN

Barnehage/skole/SFO:_____

Avdeling/klasse:_____

Barnet/elevens navn:_____
Født:_____

Adresse:_____ Postnr./Sted:_____

Dato/ klokkeslett	**Utlevert medisin, mengde/styrke**	**Anmerkning**	**Signatur**