

AFWEZIGHEIDSATTEST SCHOOL

Ondergetekende, Dokter in de geneeskunde verklaart dat :

..... geboren op :

0 De lessen niet kan volgen van tot en met

0 Niet mag zwemmen tot en met

0 Niet mag turnen tot en met

0 Niet lijdt aan een besmettelijke ziekte.

0 Zorgen van een verpleegster nodig heeft; maal per dag, om de
..... dagen, gedurende dagen.

0 Fysiotherapie – massage – aërosol moet krijgen: x per dagx per week.
Reden: gedurende weken

0 dat de aanwezigheid van,, moeder / vader van
....., aangewezen is
van tot en met

0 volgende medicatie moet nemen:
.....
.....
.....

Datum: / /

Handtekening geneesheer:

STEMPEL