SKJEMA FOR UTLEVERING AV MEDISINER FRA BARNEHAGE TIL BARNET:

Gnisten Barnehage.

Avdeling:_____

Barnets navn:_____ Født:_____

Adresse:_____ Postnr./Sted:_____

Dato/ klokkeslett	**UTLEVERT MEDISIN: NAVN, MENGDE OG STYRKE**	**ANMERKNING**	**SIGNATUR**