

Souhlas rodičů s podáváním léků

Souhlasím s tím, aby vyučující nebo zdravotník školy podali mému synovi/dceři

jméno a příjmení r.č.

potřebné léky a poskytnou vhodnou předlékařskou pomoc.

Zároveň souhlasím s tím, aby mému synovi/dceři byl pravidelně podáván lék:

název čas dávkování:

Pokud dojde k úpravě dávkování nebo změně léku, neprodleně budu informovat školu.

Datum: podpis zákonného zástupce