

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(miejsowość, data)

.....
(telefon do natychmiastowego kontaktu)

UPOWAŻNIENIE DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU

Ja, niżej podpisany/a
(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią
(imię, nazwisko nauczyciela)

do podawania mojemu dziecku
(imię, nazwisko dziecka)

Leku

.....
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

.....
(data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(imię i nazwisko nauczyciela)

ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW DZIECKU

Ja, niżej podpisany
(imię, nazwisko nauczyciela)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku
(imię, nazwisko dziecka)

leku.....

.....
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałam poinstruowana/y o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.

.....
(data, czytelny podpis nauczyciela/pracownika)