

Zgoda nauczyciela/ pracownika szkoły na podanie leków dziecku z chorobą przewlekłą

Ja, niżej podpisany.....
(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku:
.....
(imię, nazwisko dziecka)

leku/ leków:

1)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

2)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

3)
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałam/łem poinstruowana/y o sposobie podania leku.

(data)

(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika placówki)