

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisana/-ny.....

(imię, nazwisko rodziców /opiekunów prawnych)

upoważniam Panią/Pana

(imię, nazwisko pracownika szkoły)

do podawania mojemu dziecku

(imię, nazwisko dziecka)

leku

.....

.....

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

Do upoważnienia w załączeniu:

- aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku
- dokumentacja medyczna dziecka/ucznia u pielęgniarki szkolnej.

.....

Podpis czytelny - imię, nazwisko rodziców /opiekunów prawnych)

Kędzierzyn-Koźle, dn.

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBAŁ LOKOMOCYJNĄ**

Ja, niżej podpisany

(imię, nazwisko rodziców (opiekunów prawnych))

upoważniam Panią

(imię, nazwisko pracownika szkoły)

do podawania mojemu dziecku

(imię, nazwisko dziecka)

leku

.....

(nazwa leku)

w dniu.....

.....

Podpis czytelny - imię, nazwisko rodziców (opiekunów prawnych)

Kędzierzyn-Koźle, dn.

**ZGODA NAUCZYCIELA /PRACOWNIKA SZKOŁY NA PODAWANIE LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisana/-y

(imię, nazwisko pracownika szkoły)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku

(imię, nazwisko dziecka)

leku

.....

.....

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

Oświadczam, że zostałam/-em poinstruowana/-y o sposobie podania leku (wykonania czynności medycznej).

.....

(imię, nazwisko pracownika szkoły)

Kędzierzyn-Koźle, dn.

Zapoznałam się z procedurą:

Lp.	Imię i nazwisko	Czytelny podpis
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		