UPOWAŻNIENIE DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ

Ja, niżej podpisany

 .

(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią/Pana

 (imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

 do podawania mojemu dziecku

 (imię, nazwisko dziecka)

 leku

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

……….………………………………………………

 (imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)