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)