

ZGODA NAUCZYCIELA/PACOWNIKA PLACÓWKI NA PODAWANIE LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKLA

Ja, niżej podpisany

.....

(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika placówki)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku

(imię, nazwisko dziecka)

leku

.....

.....

.....

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

.....

(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika placówki)

Oświadczam, że zostałem poinstruowany o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.