Zákonný zástupce: ……………………………………… tel.číslo………………………………..

Jméno a příjmení dítěte: ………………………………………

Zdravotní pojišťovna : ……………

Diagnóza dítěte: ………………………………………….

**Pokud budou léky podávány dítěti ve škole, má škola povinnost doložit kopii lékařské zprávy. Prosíme o dodání kopie třídnímu učiteli.**

Žádám pro svého syna/ dceru ………………………………………………

v době výuky ve škole, pobytu ve školní družině, akcích školy apod. o :

1. **Podávání léků**

Název ……………………………………dávkování………………………doba podávání…………………….

Název …………………………………….dávkování………………………doba podávání……………………..

Název …………………………………….dávkování………………………doba podávání……………………..

Název …………………………………….dávkování………………………doba podávání……………………..

1. **Zajištění zdravotních úkonů**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

V Ostravě dne……………………………………..

Podpis zákonného zástupce ………………………………………………..