



Základní škola a Mateřská škola, Ostrava – Poruba, Ukrajinská 19, příspěvková organizace

Podávání léků ve škole

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 lékařské zprávy 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 _____

2. Zajištění těchto úkonů

V Ostravě dne: _____

Podpis zákonného zástupce: _____