

ZGODA NAUCZYCIELA NA PODAWANIE LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

Ja niżej podpisany.....

(imię i nazwisko nauczyciela)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku

(imię i nazwisko dziecka)

leku/leków

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany/poinstruowany o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.

.....

(data, imię i nazwisko nauczyciela)

.....

(data, podpis dyrektora)

