ŽÁDOST

o podávání léků žákovi

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Bydliště:**  |  |
| **Ošetřující lékař:** |  |

Žádám Vás o podání níže uvedených léků při běžném pobytu ve škole – při vzdělávací akci (1):

 …………………………………….……….…

|  |  |
| --- | --- |
| **Název léku (přípravku)** | **Dávkování** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
| Zhorší se zdravotního stavu žáka při vynechání dávky léku (z důvodů zapříčiněných žákem)? | Ano / Ne |
| Pokud se u žáka objeví nečekané příznaky choroby, případně komplikace je nutné postupovat: |  |

Zákonní zástupci prohlašují, že jsou si vědomi veškerých následků plynoucích z této žádosti o podání léku jejich dítěti.

V ………………………. dne ……………………….

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **-**  nehodící se škrtněte
 | .................................................................................... |
|  | Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce |

|  |
| --- |
| **ZÁZNAM O PROJEDNÁNÍ ŽÁDOSTI – VYPLNÍ ŘEDITEL ŠKOLY** |
| Projednáno dne: ………………. | S podáváním léků | Souhlasím / Nesouhlasím |
|  |  |  |
| Podáváním léků je pověřen: | ……………………………….. | ……………………………….. |
|  | Jméno a příjmení | Podpis |
| V ………i, dne ……………..….. |  | ……………………………….. |
|  |  | Podpis ředitele školy |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |