

**ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ/PODÁNÍ* LÉKŮ
V MATEŘSKÉ/ZÁKLADNÍ* ŠKOLE**

Podací razítko (vyplní škola):

Zákonný zástupce (příjmení a jméno):

Bydliště:

Žádám, aby mému dítěti (příjmení jméno),

narozenému dne byl podán/podáván* lék (název),

formou (podání ústy v tabletě/inhalačním sprejem/injekčně/rektálně)*,

v době (hodina/při poskytnutí první pomoci*),

z důvodu (napíšte onemocnění dítěte)

V dne

Podpis zákonného zástupce

SOUČÁSTÍ ŽÁDOSTI JE VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DÍTĚTE, S DOPORUČENÍM A PŘESNÝM DÁVKOVÁNÍM/PODÁVÁNÍM LÉKŮ V DOBĚ POBYTU V MATEŘSKÉ/ZÁKLADNÍ* ŠKOLE - VIZ. DRUHÁ STRANA ŽÁDOSTI.

BEZ VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DÍTĚTE NEBUDE ŽÁDOST MOŽNÉ POSOUDIT!

* nehodící se, škrtněte

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ LÉKAŘE

Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek (stačí razítko lékaře):

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození dítěte:

Účel vydání posudku

Vyjádření/potvrzení pro mateřskou/základní* o zdravotním stavu dítěte a nutnosti podávané medikace v mateřské/základní* škole.

Vyjádření/potvrzení lékaře (diagnóza, medikace, přesný rozpis medikace)