

**ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ LÉKŮ
VE VZDĚLÁVACÍ ORGANIZACI**

Zákonný zástupce (příjmení a jméno):.....

Bydliště:

Žádám, aby mému dítěti (příjmení a jméno).....,
narozenému dne.....
byl podán lék (název).....,
formou (podání ústy v tabletě/inhalačním sprejem).....,
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 LÉKU V DOBĚ POBYTU
VE VZDĚLÁVACÍM ZAŘÍZENÍ – VIZ. DRUHÁ STRANA ŽÁDOSTI.**

**BEZ VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DÍTĚTE NEBUDE ŽÁDOST MOŽNÉ
POSODIT!**

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ LÉKAŘE

Identifikační údaje

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

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození dítěte:

Účel vydání posudku

Vyjádření/potvrzení pro vzdělávací zařízení o zdravotním stavu dítěte a nutnosti podávané medikace ve vzdělávacím zařízení.

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