

Výslovný souhlas s podáním léků dítěti

Udělují Základní škole Novoborská výslovný souhlas s podáním léků, vitamínových doplňků svému dítěti v době konání LVK v době od do

Jméno a příjmení dítěte:.....

Datum narození:.....

Pokud nemá dcera/syn žádné problémy s podáním základních léků, stačí napsat BEZ PROBLÉMU

| Příznaky | Lék | Dávkování |
|--------------------------|-----|-----------|
| Bolest hlavy | | |
| Bolest břicha | | |
| Zvracení | | |
| Průjem | | |
| Zvýšená teplota | | |
| Svalová bolest, namožení | | |
| Další: | | |
| | | |
| | | |

Dítě pravidelně užívá tyto léky, vitamínové doplňky, které mu musí být podávány (prosím uveďte):

| Onemocnění/problém | Lék-způsob podání | Dávkování |
|--------------------|-------------------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |

Svým podpisem stvrzuji výše uvedené.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:..... Podpis:.....