

Základní škola Měcholupy

Okres Louny, č.p.2, 439 31 Měcholupy

Tel: +420 415 722 512 / mobil: +420 602 741 735

IČO: 61357430 ID datové schránky: mbrgyu7

www.zsmecholupy.cz / klara.ciglova@zsmecholupy.cz



ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ LÉKŮ VE VZDĚLÁVACÍ ORGANIZACI

Čj:

Zákonný zástupce (příjmení a jméno):

Bydliště:

Žádám, aby mému dítěti (příjmení a jméno).....,

datum narození....., třída.....,

byl podán lék (název).....,

formou - podání ústy v tableť/inhalačním sprejem/injekčně/mast/ jiné:

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 a podpis 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)

V

Dne