**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 tabletě/inhalačním sprejem/injekčně/mast/ jiné: ……………………………………………,

z důvodu (napište 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 DÍTETE NEBUDE ŽÁDOST MOŽNÉ POSOUDIT!**

**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 ……………………………………………………