



Žádost rodičů o podávání léků žákovi

Jméno a příjmení

Třída Datum narození

Bydliště

Žádost:

Název léku

Dávkování léku (přesná dávka, forma podání léku, s jídlem/po jídle apod.):

Jak a kde bude mít žák lék připraven:

Dětský lékař:

Jméno

Adresa

Telefonní kontakt

Odborný lékař, který lék doporučil:

Jméno

Adresa

Telefonní kontakt Specializace

Žádost je platná po celou dobu docházky žáka do Základní školy a Mateřské školy Sibřina. Při přestupu na jinou školu či změně dávkování léku je nutné podat novou žádost.

V dne Jméno a podpis
zákonného zástupce



Smlouva o podávání léků ve škole

Škola

Název školy: Základní škola a Mateřská škola Sibřina

Adresa školy: Říčanská 100, Sibřina, 250 84

Ředitelka: Mgr. Markéta Zemanová

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení

Bydliště

Učitel (jméno, příjmení)

Stvrzuje, že je schopen podávat léky předepsané ošetřujícím lékařem uvedenému žákovi při běžném pobytu ve škole, v družině nebo při vzdělávací akci.

V případě nepřítomnosti výše uvedeného učitele ve škole/družině bude jeho funkci zastupovat:

Učitel (jméno, příjmení)

Stvrzuje, že je schopen podávat léky předepsané ošetřujícím lékařem uvedenému žákovi při běžném pobytu ve škole, v družině nebo při vzdělávací akci.

V případě nepřítomnosti výše uvedeného učitele ve škole/družině bude jeho funkci zastupovat:

Učitel (jméno, příjmení)

Stvrzuje, že je schopen podávat léky předepsané ošetřujícím lékařem uvedenému žákovi při běžném pobytu ve škole, v družině nebo při vzdělávací akci.

POUČENÍ: Podávání léků je pro učitele dobrovolnou činností. Odpovědnost za přípravu a podávání léků spočívá na zákonných zástupcích žáka. Vyloučení zodpovědnosti je tímto stanoveno.

V

dne

Podpis zástupce školy

Podpisy zákonných zástupců