

ZÁZNAM/PROTOKOL O PODÁVÁNÍ/DOHLEDEM NAD PODÁVÁNÍM LÉKŮ DÍTĚTI A POVĚŘENÍ OSOB/Y K PODÁVÁNÍ LÉKŮ PRAVIDELNĚ UŽÍVANÝCH

Příloha č. 3

Identifikační údaje vzdělávacího zařízení , které na základě Žádosti zákonného zástupce

o podávání léků schválilo pod č. j. _____ podávání pravidelně užívaného léku:

Základní škola a Mateřská škola, Předklášteří, okres Brno -venkov, příspěvková organizace
Komenského 1097, 666 02 Předklášteří
IČ: 70 99 65 12

Já, zákonný zástupce (jméno a příjmení): _____

POVĚŘUJI (jména a příjmení pověřené osob/y, která bude podávat pravidelně užívaný lék/y):

aby mému dítěti (jméno a příjmení): _____

podala lék/y/vykonala dohled nad podáním léku(doplňte názvy léku): _____

Lék bude podáván formou (označte):

- podání ústy v tabletě/kapsli
- inhalačním sprejem
- lokálně na kůži
- do konečníku
- pod jazyk
- injekčně
- kombinovaně

Pravidelně v čase: _____

Před jídlem/po jídle: _____

Poznámky k podávání (*doplňte dávkování, způsob uskladnění*):

Pověření a souhlasné stanovisko k podání pravidelně užívaných léků vydal zákonný zástupce dítěte/žáka.

Vlastnoruční podpis zákonného zástupce: _____

Pověřená osoba zákonným zástupcem souhlasí s podáváním pravidelně užívaného léku.

Pověřená osoba (jméno a příjmení)	Podpis

Podpis statutárního zástupce a razítko školy:

V _____ dne _____

