

Základní škola a Mateřská škola, Předklášteří, okres Brno – venkov, příspěvková organizace
Komenského 1097, 666 02 Předklášteří

ZÁZNAM/PROTOKOL O USKLADNĚNÍ LÉKU/LÉKŮ PRVNÍ POMOCI A JEHO APLIKACI V PŘÍPADĚ AKUTNÍHO STAVU DÍTĚTE/ŽÁKA

Příloha č. 4

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

dále jen: škola

Já, zákonný zástupce (jméno a příjmení): _____

PŘEDÁVÁM, škole tyto léky (doplňte název léku/léků, způsob uskladnění):

aby je v případě akutního stavu mého dítěte (jméno a příjmení):

_____ bylo možné podat.

**Jsem si vědom toho, že škola v případě akutního stavu mého dítěte bude PRVNĚ VOLAT 155 –
ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU a dle instrukcí dispečinku zdravotnické
záchranné služby postupovat, případně dle jejich rozhodnutí bude aplikovat lék první pomoci.**

.Vlastnoruční podpis zákonného zástupce: _____

Podpis statutárního zástupce a razítko školy:

V _____ dne _____

