

................................

(Miejscowość i data)

......................................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

**ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW**

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku ...................................................................... klasa............. leków: (przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych, rozkurczowych, innych: ………………………………………………..…….) w doraźnych przypadkach podczas mojej nieobecności.

Oto grupa leków, których moje dziecko nie może przyjmować:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………..

Podpis rodzica/opiekuna prawnego



................................

(Miejscowość i data)

......................................................................

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

**ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW**

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku ...................................................................... klasa............. leków: (przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych, rozkurczowych, innych: ………………………………………………..…….) w doraźnych przypadkach podczas mojej nieobecności.

Oto grupa leków, których moje dziecko nie może przyjmować:

............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………..

Podpis rodzica/opiekuna prawnego