

Podávání léků ve škole a na internátě ve školním roce: _____

Jméno žáka: _____

Datum narození: _____

Rodné číslo: _____

Jméno lékaře, který léky předepsal, telefonický kontakt:

Potvrzuji tímto, že žák/žákyně užívá tyto léky:

Razítko a podpis lékaře:

Datum:

Po dobu pobytu žáka v zařízení ZŠ Olešovice bude určena oprávněná osoba, která bude tyto léky žákovi/žákyni podávat.

Léky musí zákonný zástupce žáka do ZŠ Olešovice doručit osobně, léky musí být v **originálním balení** s označením **jména dítěte** a **popisem dávkování**.

Ukončení léčby je nutné doložit zprávou od lékaře.

V případě, že léky do školy (na internát) rodič nedodá, vychovatelka (učitelka) **nebude moci žáka přijmout.**

Podpis zákonného zástupce: _____