

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
data

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zgodnie z zaleceniem lekarza, moja córka/mój syn*

nie przyjmuje/ przyjmuje* leki:

I.p.	Nazwa leku	Sposób dawkowania: godzina/pora dnia, ilość	uwagi

Zobowiązuję się dostarczyć zlecenie lekarskie, potwierdzające powyższe informacje, w ciągu 2 tygodni oraz informować o każdej zmianie leku bądź sposobu podawania oraz do zabezpieczenia lekarstw w ilości zapewniającej ciągłość podawania.

Córka/syn* samodzielnie będzie aplikowała/ał sobie leki*. Biorę za to pełną odpowiedzialność.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

Stwierdzam zgodność podpisu:

podpis wychowawcy

*niepotrzebne skreślić