

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

.....
data

.....
nr telefonów kontaktowych rodziców/opiekunów prawnych

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA DORAŻNE PODANIE LEKU

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na dorażne podanie leku, przez wychowawców grup,
w przypadku złego samopoczucia lub nagłego zachorowania, w czasie pobytu w grupie
wychowawczej, mojemu dziecku:

.....
/imię i nazwisko dziecka/
po wcześniejszej telefonicznej konsultacji, celem ustalenia rodzaju leku, dawki, sposobu podania.

.....
podpis rodzica/opiekuna prawnego

- niepotrzebne skreślić