

.....
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, informować o każdej zmianie leku bądź sposobu podawania oraz dostarczać lekarstwa w ilości zapewniającej ciągłość podawania.

Córka/syn* samodzielnie będzie aplikował/ł sobie leki*. Biorę za to pełną odpowiedzialność.

.....
podpis
rodzica/opiekuna prawnego

Stwierdzam zgodność podpisu:

podpis wychowawcy