



Základní škola Naděje

Žádost o pravidelné podávání léků

Jméno a příjmení zákonného zástupce (žadatele):

Trvalé bydliště:

.....

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

.....

Třída:

Žádáme o pravidelné podávání léků mému dítěti ve školním roce

| Název léku | Množství | Čas podání |
|------------|----------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Pověřená osoba k podání léku:

Ve Frýdku-Místku dne

Podpis zákonného zástupce:

Podpis pověřené osoby: