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: ……………………………………………………………..