**ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ PRAVIDELNÉ MEDIKACE VE ŠKOLE**

**ředitelství**

**Mateřské školy a Základní školy, Praha 9, Bártlova 83**

Já………………………………………………………prosím o poskytnutí pravidelné medikace své dcery/syna…………………..……………………………………………

**ve šk. roce**………………………………………..

Informace o medikaci:

název léku množství pravidelnost, čas

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………….

Razítko a podpis lékaře…………………………………………………………………………

(nebo kopie aktuální lékařské zprávy s vyznačenou medikací).

K podání medikace jsou oprávněni: ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

Jsem si vědom, že v případě změny medikace, musím školu ihned informovat.

V Praze dne ......................... ………………………………………… Podpis zákonného zástupce: