



**Základní škola, Příbram VII, Bratři Čapků 279,
příspěvková organizace**

IČO: 71295003, Datová schránka: 47wb4xs

Adresa: Bratři Čapků 279, 261 01 Příbram VII

Tel.: 318 623 506, E-mail: zsbc@zsbcpb.cz,

www.pbzsbc.cz

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ LÉKU DÍTĚTI VE ŠKOLE / ŠKOLSKÉM ZAŘÍZENÍ

Já, níže podepsaný/á zákonný/á zástupce/zástupkyně, žádám o podávání léku mému dítěti v době pobytu ve škole / školském zařízení.

1. ÚDAJE O DÍTĚTI:

- Jméno a příjmení dítěte:
- Datum narození:
- Trvalé bydliště dítěte:
- Třída / Skupina:

2. ÚDAJE O LÉKU:

- Název léku:
- Dávkování a způsob podání:
- Čas a doba podávání:
- Poučené osoby, které budou lék dítěti podávat:

3. PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:

V rámci své rodičovské odpovědnosti a na základě doporučení odborného lékaře tímto žádám o pravidelné podávání výše uvedeného léku mému dítěti v době jeho pobytu ve škole / školském zařízení.

Současně beru na vědomí a plně přebírám odpovědnost za podávání tohoto léku a za případné nežádoucí účinky, které by mohly s užíváním léku souviset.

Datum podání žádosti:

Jméno a příjmení žadatele:

Podpis zákonného zástupce:

Podpis poučené osoby/osob školy: