



POVĚŘENÍ K PODÁVÁNÍ LÉKŮ

JMÉNO DÍTĚTE:

ROK NAROZENÍ:

JMÉNO LÉKU (LÉKŮ):

.....

.....

PROSÍM POPIŠTE PŘESNÉ DÁVKOVÁNÍ LÉKU, ČAS, KDY SE PODÁVÁ, ZDA PŘED/PO
JÍDLE/KONTRAINDIKACE ATD:

.....

.....

.....

Souhlasím s tím, že pověřený zdravotník smí podávat dítěti volně dostupný prodejný lék v lékárnách za účelem řešení nezávažných zdravotních komplikací (bolest hlavy, průjem, teplota).

Dále souhlasím s převozem svého dítěte osobním automobilem zejména za účelem dopravy do zdravotnického zařízení a jiných nutných případů.

KDO POVĚŘUJE (ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE):

SEM VYPIŠTE SOUHLAS:

.....

.....

PODPIS RODIČE (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE):

TEL. KONTAKT:

.....