



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA LICHNOV,
OKRES NOVÝ JIČÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

**ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ LÉKŮ VE VZDĚLÁVACÍ
ORGANIZACI**

Zákonný zástupce (jméno a příjmení).....

Bydliště.....

Žádám, aby mému dítěti (jméno a příjmení).....,
narozenému dne.....

byl podán lék (název).....,

formou (podání ústy v tabletě/inhalačním sprejem/injekčně).....

.....
v době (hodina/při poskytnutí první pomoci).....

.....
z důvodu (napíšte onemocnění dítěte)
.....

V.....

Dne

Podpis zákonného zástupce.....

**SOUČÁSTÍ ŽÁDOSTI JE VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE
DÍTĚTE, S DOPORUČENÍM A PŘESNÝM DÁVKOVÁNÍM/PODÁVÁNÍM LÉKU
V DOBĚ POBYTU VE VZDĚLÁVACÍM ZAŘÍZENÍ – VIZ DRUHÁ STRANA
ŽÁDOSTI.**

**BEZ VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE DÍTĚTE NEBUDE
ŽÁDOST MOŽNÉ POSOUDIT!**



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA LICHNOV,
OKRES NOVÝ JIČÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

VYJÁDŘENÍ/POTVRZENÍ LÉKAŘE

Identifikační údaje

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího posudek (postačí razítko lékaře):

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození dítěte.....

Účel vydání posudku

Vyjádření/potvrzení pro vzdělávací zařízení o zdravotním stavu dítěte a nutnosti podávané medikace ve vzdělávacím zařízení.

Vyjádření/potvrzení lékaře (diagnóza, medikace, přesný rozpis medikace)