Załącznik nr. 2 do Procedury podawania leków w ZNSiPO

 Michalinów Ol. ……………………………….

ZGODA NAUCZYCIELA / POMOCY WYCHOWAWCY

NA PODANIA LEKÓW DZIECKU

W ZNSiPO „ NASZA SZKOŁA”

W MICHALINOWIE

Ja, niżej podpisany

..................................................................................................................................................

imię i nazwisko nauczyciela wychowawcy / pomocy wychowawcy

wyrażam zgodę na podanie dziecku

..................................................................................................................................................

leku ( zgodnie z upoważnieniem rodziców i zaleceniem lekarskim z dnia ………….……..)

Oświadczam, że :

1. Zostałam(łem) poinformowany o sposobie podania leku.
2. Zabezpieczę lek w sposób uniemożliwiający jego przypadkowe zażycie przez inne osoby .
3. Znam procedurę podawania dziecku leków w placówce .

 …………………………………………………

 podpis nauczyciela wychowawcy / pomocy wychowawcy