

Załącznik 1

**ZGODA NAUCZYCIELA LUB PRACOWNIKA PLACÓWKI NA PODAWANIE
LEKÓWDZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisany
(imię, nazwisko nauczyciela lub pracownika placówki)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku
(imię, nazwisko dziecka)

leku / wykonania czynności medycznej
.....
.....
(dawka, nazwa leku, częstotliwość podawania, godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałem poinstruowany o sposobie podania leku/wykonania czynności medycznej.

.....
(Czytelny podpis nauczyciela lub pracownika placówki)