

Załącznik 2

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH DO PODAWANIA LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisany
(imię, nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam nauczyciela sprawującego bieżącą opiekę nad grupą, w której przebywa w danej chwili
moje dziecko
(imię, nazwisko dziecka)

do podawania mojemu dziecku
(imię, nazwisko dziecka)

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku wraz
z dokumentacją medyczną dziecka.

.....
(Czytelny podpis rodziców/ opiekunów prawnych dziecka)