**Upoważnienie do podawania leków dziecku z chorobą przewlekłą**

Ja, niżej podpisany ……………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)

upoważniam Panią/ Pana ………………………………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko nauczyciela/ pracownika)

do podawania mojemu dziecku ……………………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko dziecka)

leku (nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/ godzina, okres leczenia):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

 ……………………………………………………………………………………………..

 (imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna dziecka)

……………………………………………………………..

 (miejscowość, data)