**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)