

Załącznik nr 2

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW DZIECKU
Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią/Pana

(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

Do podawania leku

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

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

Niemczyn,.....

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)