

Załącznik nr 3

**ZGODA NAUCZYCIELA/PACOWNIKA SZKOŁY  
NA PODANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁA**

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

wyrażam zgodę na podanie dziecku

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

leku

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

Oświadczam, że zostałam(łem) poinformowany o sposobie podania leku/ wykonania czynności medycznej.

Niemczyn,.....

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika szkoły)