

**Załącznik nr 1**  
**do Procedury podawania leków uczniom przewlekle chorym**

**Zgoda nauczyciela/pracownika szkoły na podanie leków dziecku  
z chorobą**

Ja, nizej podpisany

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

Wyrażam zgodę na podawanie dziecku.....

(imię, nazwisko dziecka)

leku/leków:

- 1) .....  
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)
- 2) .....  
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)
- 3) .....  
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Oświadczam, że zostałam/łem poinstruowana/y o sposobie podania leku

.....  
(data)

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

## Upoważnienie rodziców do podania leków dziecku z chorobą przewlekłą

Ja, niżej podpisany

.....

(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Upoważniam Panią/Pana .....

(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)

Do podawania mojemu dziecku .....

(imię i nazwisko dziecka)

leku/leków:

1) .....

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

2) .....

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

3) .....

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

.....

(data)

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)