



základní škola
a praktická škola chotěboř

Ředitelství ŽŠ a PŠ Chotěboř

Hradební 529

583 01 Chotěboř

Jako zákonný zástupce dítěte žádám o podání léku dítěti pověřenou osobou v době školního vyučování.

Lék předávám pověřenému pedagogickému pracovníkovi
v originálním obalu s příloženým příbalovým letáčkem a vyznačeným dávkováním.

Pověřenou osobu jsem obeznámil/a rovněž s nežádoucími účinky léku a postupem, jak se zachovat v takovém případě.

Jméno dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Třída / ročník:

.....

Název léku:

.....

Dávkování (denně, jak často, v jakém množství):

.....

Lék naordinoval:

.....

Praktický lékař (jméno, telefon):

.....

Odborný lékař (jméno, telefon):

.....

Jsem si vědom/a veškerých následků plynoucích z této žádosti o podání léku dítěti pověřenou osobou.

Dokládám / Nedokládám písemné lékařské potvrzení.

Podpis a adresa zákonného zástupce (včetně telefonního kontaktu):

.....

.....

.....

adresa školy: Hradební 529, adresa internátu: Smetanova 835, 583 01 Chotěboř

tel. ředitelka: 569 624 502, tel. zástupce: 569 624 584, tel./fax internát: 569 624 202

e-mailová adresa školy: skola@zs-chotebor.com, ID datové schránky: p9htrs4

e-mail internátu: internat@zs-chotebor.com, IČO: 70836329