UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU

PODCZAS POBYTU W INTERNACIE SOSW W CHWAŁOWICACH

 Ja, niżej podpisany ……………………………………………………………………

 *(imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)*

Upoważniam wychowawców grupy wychowawczej internatu SOSW w Chwałowicach do podawania podczas pobytu w internacie mojemu dziecku …………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

 *(imię i nazwisko dziecka)*

następujących leków:

* Nazwa leku: ……………………………………………………………………………

Częstotliwość podawania: ……………………………………………………………

* Nazwa leku: ……………………………………………………………………………

Częstotliwość podawania: ……………………………………………………………

* Nazwa leku: ……………………………………………………………………………

Częstotliwość podawania: ……………………………………………………………

* Nazwa leku: ……………………………………………………………………………

Częstotliwość podawania: ……………………………………………………………

* Nazwa leku: ……………………………………………………………………………

Częstotliwość podawania: ……………………………………………………………

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leków.

……………………………….. …… ……... ……... …………….

 *(data) (podpis rodzica/ opiekuna prawnego)*