

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)
prawnego)

.....

(podpis rodzica/ opiekuna