Załącznik nr. 1

**UPOWAŻNIENIE/ZGODA RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU
Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej podpisany ................................................................................................

(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

upoważniam Panią/Pana ...............................................................................................

do podawania mojemu dziecku ............................................................................

(imię, nazwisko dziecka) w czasie mojej nieobecności, leku

.................................................................................................................................

.................................................................................................................................

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku dziecku, w czasie przebywania w placówce.

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

(data, imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)