**Załącznik nr 3**

**ZGODA NAUCZYCIELA/ PRACOWNIKA SZKOŁY**

 **NA PODANIE LEKÓW/ WYKONANIE CZYNNOŚCI MEDYCZNEJ.**

 **DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ**

Ja ......................................................................................................................................................
 imię i nazwisko nauczyciela/pracownika

wyrażam zgodę na podanie dziecku

.......................................................................................................................................................
 imię i nazwisko ucznia, klasa

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

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

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

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

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

Oświadczam, że zostałam(łem) poinformowany o sposobie podania leku/
wykonania czynności medycznej.

Mętów, dnia ..................................... ..................................................................
 imię i nazwisko nauczyciela/pracownika szkoły