

Załącznik nr 2

**UPOWAŻNIENIE NAUCZYCIELA
DO PODANIA LEKÓW DZIECKU**

Ja, niżej podpisany

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Upoważniam

Panią/Pana:.....

(imię i nazwisko nauczyciela/pielęgniarki)

do podania/ podawania w roku szkolnym leku dziecku

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Drawski Młyn, dn.