**Mateřská škola „Čtyřlístek“, Praha 2, Římská 27**

Se sídlem Římská 1255/27, 120 00 Praha 2 - Vinohrady

tel.: 222 520 429, e-mail: [rimska@ctyrlistek.biz](mailto:rimska@ctyrlistek.biz), [www.ctyrlistek.biz](http://www.ctyrlistek.biz), IČ 70891028

**Žádost o podání léku dítěti pověřenou osobou**

Jako zákonný zástupce dítěte žádám o podání léku dítěti pověřenou osobou v době pobytu v mateřské škole.

Lék předávám pověřenému pedagogickému pracovníkovi.…………………………………… v originálním obalu s přiloženým příbalovým letáčkem a vyznačeným dávkováním.

Pověřenou osobu jsem obeznámil/a rovněž s nežádoucími účinky léku a postupem, jak se zachovat v takovém případě.

jméno dítěte:

datum narození:

třída:

název léku:

dávkování (denně, jak často, v jakém množství):

lék naordinoval:

praktický lékař (jméno, telefon):

odborný lékař (jméno, telefon):

Jsem si vědom/a veškerých následků plynoucích z této žádosti o podání léku dítěti pověřenou osobou.

Dokládám písemné lékařské potvrzení.

V ……………. Dne …………………

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

Podpis a adresa zákonného zástupce (včetně telefonního kontaktu):