**MEDIKACE**

(FORMULÁŘ NA PODÁVÁNÍ LÉKŮ)

Základní škola Klatovy, Tolstého 765, 339 01 Klatovy

**Vyplní rodiče**

Žadatel - jméno a příjmení rodiče: ………………………………………….……………………………

Adresa trvalého bydliště:……………………………………………………….…………………………

Žádám pro svého syna/dceru ………………………………………………..…………………………,
 datum narození: …………….……, třída: …………

V době výuky, pobytu na akcích školy apod. o:

1. Podání **medikace:**

Jaké: ………………………………………. v rozsahu ……………………………………………….

Jaké: ………………………………………. v rozsahu ……………….………………………………

Jaké: ………………………………………. v rozsahu ……………...….…………………………….

1. Zajištění **zdravotních úkonů** (bližší specifikace a rozsah):

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

v rozsahu …...………….………………………………………………………………………………

1. Vyjádření (doporučení lékaře): ..………………………………………………………………………
………………………………….………………………………………………………………………

V ..………………….……, dne……………… Podpis žadatele (rodiče) ……...…………….………..

***Vyplní ředitel školy***

*Vaší žádosti vyhovuji takto:*

*V době výuky (na akcích školy) bude podávána medikace, jak jste uvedli v žádosti.*

*Podání medikace v době pobytu provede zdravotník příp. zastupující pedagog.*

*Při změně druhu nebo dávkování medikace je nutno žádost neprodleně písemně aktualizovat. Bez aktualizace a souhlasného stanoviska ředitele školy nebude medikace podávána.*

*V Klatovech dne* ………………….…… *Ředitel školy* ……………….………………………...