

Czernina, dn.....

**ZGODA NAUCZYCIELA/PRACOWNIKA
NA PODAWANIE LEKÓW
DZIECKU Z CHOROBAŁ PRZEWLEKŁĄ/NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Ja, niżej podpisany

.....

/imię, nazwisko nauczyciela/pracownika/

wyrażam zgodę na podawanie dziecku

/imię, nazwisko dziecka/

uczniowi klasy.....Szkoly Podstawowej w Czerninie w roku

szkolnym.....

leku

.....

.....,

(nazwa leku)

zgodnie z przedlozonym zaświadczaniem lekarskim z dnia.....

.....

(imię, nazwisko nauczyciela/pracownika)