

Warszawa, dn.

**UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA
PRZEWLEKŁĄ**

Ja, niżej
podpisany.....
.....
(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią/
Pana.....
.....
(imię, nazwisko nauczyciela/wychowawcy)

do podawania mojemu dziecku
.....
(imię, nazwisko dziecka)

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

.....
(data, imię i nazwisko, podpis rodzica)