

Warszawa, dn.

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODAWANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

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

upoważniam
wychowawcę
(imię, nazwisko wychowawcy)

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

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

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