

## UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

Ja, niżej podpisany

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

upoważniam Panią/Pana .....

(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

leku .....

.....

.....

.....

.....

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

.....

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Poznań dnia .....