…………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

**UPOWAŻNIENIE**

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku …………..............................................................

1. Leków (przeciwbólowych, przeciwgorączkowych takich jak np.: NO-SPA, IBUPROM, APAP) - po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu z rodzicem.

2. Lekarstw stałych (jeżeli dziecko takie przyjmuje):

.......................................................................................................................................................*(nazwa leku/leków)*

.......................................................................................................................................................

*(dawkowanie)*

.......................................................................................................................................................

*(sposób podania)*

…………………………………….. ……………………………………..

*(Data) ( podpis rodzica/opiekuna)*