**Załącznik nr 2**

 **UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW PRZEZ NAUCZYCIELA DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ**

....................................................................................................................................................................
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Upoważniam Panią/Pana ...................................................................................................................
 (imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

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

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

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

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

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

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

Mętów, dnia……….. ….................................................................................
 imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka