1. Mateřská škola, Praha 9 – Újezd nad Lesy, Čentická 2222, IČO 49371665

tel: 281 971 135, email: [skolka@mscenticka.cz](mailto:skolka@mscenticka.cz)

**ŽÁDOST ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O PODÁVÁNÍ LÉKŮ V MATEŘSKÉ ŠKOLE**

Zákonný zástupce (příjmení a jméno): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Žádám, aby mému dítěti (příjmení a jméno) ……………………………………………………………………,

narozenému dne ………………………………….., byl podán lék (název) ………………………………………

formou (podání ústy v tabletě/inhalačním sprejem/injekčně) …………………………………………..

v době (hodina/při poskytnutí první pomoci) ……………………………………………………………………

z důvodu (napište onemocnění dítěte) …………………………………………………………………………… .

V ………………………………………………………. Dne ……………………………………….

Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………………………..