

## Upoważnienie rodziców do podania leków dziecku z chorobą przewlekłą

Ja, niżej podpisany/a:

---

*(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)*

Upoważniam nauczycieli i pracowników Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół im. 7 Pułku Strzelców  
Konnych Wlkp. w Biedrusku do podawania mojemu dziecku: \_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko dziecka)*

leku/leków:

---

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

---

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

---

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

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

---

*(data, podpis rodzica/opiekuna)*