**ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ**

**O PODÁVÁNÍ LÉKU NEBO DOPLŃKU STRAVY ŽÁKOVI POVĚŘENÝM PRACOVNÍKEM**

**VE ŠKOLNÍM ROCE ........................**

Jako zákonný zástupce ž á d á m o podání léku nebo doplňku stravy mému dítěti pověřeným pracovníkem

v době jeho pobytu ve škole, školském zařízení a na akcích organizovaných školou.

Současně beru na vědomí, že pověřený pracovník je o p r á v n ě n podávat jen léky a doplňky stravy,

**na** **základě předpisu a potvrzení vydaném ošetřujícím lékařem.**

**JMÉNO DÍTĚTE: DATUM NAROZENÍ:**

**....................................................................................................................................................................................**

**1**. **DÍTĚ SE PODROBILO POVINNÉMU OČKOVÁNÍ DLE USTANOVENÍ § 50 ZÁKONA č. 258/2000 Sb. O OCHRANĚ VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ**

**..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Datum: ................................................... Razítko a podpis lékaře: ....................................................................**

**2. PODÁVÁNÍ LÉKŮ**

* Zákonný zástupce odpovídá:
* U podávaných léků nebo doplňků stravy uveďte (viz. tabulka):

*dobu podávání, přesné dávkování a formu (tablety, kapky, masti aj).*

* Léky a doplňky stravy budou předány v originálním obalu, s přiloženým příbalovým letáčkem.
* za kontrolu expirace u podávaných léků a doplňků stravy,
* za doložení nového písemného potvrzení od ošetřujícího lékaře v případě jakékoliv změny medikace.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Název léku**  | **Doba podávání****a dávkování**  | **Forma****(tablety, kapky, masti)** |
| *Vzor* | *xxxxxx* | *1 – 0 - 1* | *tablety* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Název doplňku stravy** | **Doba podávání****a dávkování**  | **Forma****(tablety, kapky, masti)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**3. UVEĎTE PODROBNÉ INFORMACE O NEZBYTNÉM POSTUPU PŘI PODÁVÁNÍ LÉKU**

 **A PŘÍPADNÉ REAKCE ÚČASTNÍKA NA PODÁVANÝ LÉK:**

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

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

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

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

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

**4. ŽÁDÁM O PROVÁDĚNÍ TĚCHTO ZDRAVOTNÍCH ÚKONŮ A DIETNÍHO OPATŘENÍ**

 **DLE PŘEDPISU A POTVRZENÍ LÉKAŘE:**

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

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

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

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

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

Datum: ................................................... Razítko a podpis lékaře: ....................................................................

Datum: ........................ Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce: ........................................................

Ve Zlíně dne

Mgr. Jana Gavendová

 ředitelka