**Základní škola Lužiny**

 **Praha 5, Trávníčkova 1743, PSČ 155 00**

Žádost o podávání léků a zajištění zdravotních úkonů

Žadatel: Jméno a příjmení: …………………………………………………………………

Adresa trvalého bydliště: ……………………………………………………………………

Žádám pro svého syna/dceru …………………………datum narození ………..…………..

**v době výuky a pobytu ve školní družině, na akcích školy apod. o:**

**1.** podávání **medikace**

**jaké – název léku:** **dávkování/kdy:**

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………….

**2.** zajištění **zdravotních úkonů**

popis - bližší specifikace – rozsah:

………………………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………… ………..………………………………………………………………………………....

V ………………. dne: ………………… Podpis žadatele: ………………………….