**ŽÁDOST**

**O PODÁVÁNÍ MEDIKACE A ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍCH ÚKONŮ**

Jméno a příjmení žáka: ……………………………………………………………………………………………………… třída: …………

Datum narození: …………………………………………

Jméno a příjmení zákonného zástupce: …………………………………………………………………………………………………….

Kontaktní adresa: …………………………………………………………………………….……………………………………………………..

Telefon: ……………………………… E-mail: ……………………………………………………………………….

**Žádám o podávání medikace a zajištění zdravotních úkonů**

**pro mého syna – dceru ve školním roce** ……………………………… **v době výuky, ve školní družině, akcích školy apod.**

1. podávání **medikace**

(jaké)………………………………. v rozsahu …….………………………

(jaké)………………………………. v rozsahu …….………………………

1. zajištění **zdravotních úkonů**

(bližší specifikace a rozsah) ……………………………………………………………………………………………………

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

**Vyjádření** (doporučení) **lékaře** ……………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

V …………………………….……… dne ……………………… Podpis zákonného zástupce: ………………………………………

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vyjádření třídního učitele, resp. vychovatelky ŠD: ……………………………………………………………………………………

 Podpis třídního učitele, resp. vychovatelky ŠD …………………………………………..

Vyjádření ředitele školy: …………………………………………………………………………………………………………………………

V …………………………….……… dne ……………………… Podpis ředitele: ……………………………………………….