



ZÁKLADNÍ ŠKOLA LOMNICE, okres SOKOLOV

Školní 234, 356 01 Lomnice č. tel.: 773 622 880 e-mail: info@lomnicezs.cz

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ MEDIKACE

Žadatel:

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Žádám pro svého syna/dceru, datum narození

v době výuky v ZŠ, pobytu ve školní družině, akcích školy apod. o:

1/ podávání **medikace**

(jaké) v rozsahu

(jaké) v rozsahu

2/ zajištění **zdravotních výkonů**

(bližší specifikace a rozsah)

.....

.....

(v rozsahu)

3/ vyjádření (doporučení) **lékaře**

.....

V dne:

.....
podpis žadatele