



## Žádost o podání medikace

### Žák/žákyně

Příjmení:

Jméno:

Třída:

### Adresa bydliště

Ulice:

Čp:

Město (obec):

PSČ.:

Žádám pro svého syna / dceru v době pobytu ve škole o podání medikace:

| Název léku | Rozsah medikace (množství) | Čas podání medikace |
|------------|----------------------------|---------------------|
|            |                            |                     |
|            |                            |                     |
|            |                            |                     |

V ..... dne .....  
podpis zákonného zástupce

### Vyjádření ředitele

Vaší žádosti o podávání medikace Vaší dceři (synovi) vyhovují takto:

V době výuky **bude podávána medikace, jak jste uvedl/a v žádosti** (viz. tabulka výše).

**Podání medikace v době pobytu v ZŠ Vsetín, Rokytnice 436 provede**

(1)..... nebo (2).....,  
v případě nepřítomnosti obou osob provede jiná pověřená osoba.

V případě (aplikace inzulínu, injekce, čípku apod.) je nutné zaškolení pedagoga matkou, popř. poskytovate zdravotních služeb.

Při změně druhu nebo dávkování medikace je nutno žádost neprodleně písemně aktualizovat.

Bez aktualizace a souhlasného stanoviska ředitele nebude medikace podávána.

.....  
podpis osoby (1) podávající medikaci

.....  
podpis osoby (2) podávající medikaci

V ..... dne .....  
podpis třídního učitele

Ve Vsetíně, dne .....  
podpis ředitele