



Ředitelka školy
Mgr. Daniela Špínková
CZŠL Don Bosco a MŠL
Praha 8, 181 00 Doláková 555

ŽÁDOST O PODÁVÁNÍ MEDIKACE

Jméno a příjmení žadatele:.....

Adresa trvalého bydliště:

Žádám pro svého syna/dcerunar.:.....

**v době /zaškrtněte/ pobytu v MŠ, výuky v ZŠ, pobytu ve školní družině, v internátu,
na akcích školy o podávání medikace:**

Název	Dávkování: množství/ doba podávání

Datum:.....

Podpis žadatele:.....

Vyjádření (doporučení) lékaře:

.....

Datum:.....

Podpis, razítko:.....

Vyjádření ředitele školy:

.....

.....

Datum:.....

Podpis, razítko:.....