###### **Podávání leků LVVK 2025**

**Prosíme tento formulář vyplnit pouze v případě, že váš syn / dcera užívají nějaké léky.**

###### Souhlas rodičů o podávání léků žákovi určenou osobou - LVVK 2025

Jméno a příjmení rodiče: ……………………………………………….........................

Adresa bydliště: …………………………………...……………………………………

Telefonní kontakt: ………………………………………………………………………

 Dávám souhlas, aby mé/mu dceři/synovi ...………………….………………………..,

podával zdravotník LVVK 2025 tyto léky (doplňte název léku, množství a čas podání):

**V ……………………………, dne …………………**

**……………………………………………………….**

 **Podpis rodičů / zákonných zástupců**