

Základní škola a Mateřská škola Vranovice, příspěvková organizace

Masarykova 178

Vranovice

691 25

Žádost zákonných zástupců o podávání léků v době školního vyučování

Žádám Vás tímto, abyste mému dítěti

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

podávali léky (název).....

v těchto časech:.....

v tomto dávkování:.....,

a to z důvodu onemocnění .....

.....

podpis

Zároveň s touto žádostí přikládám lékařskou zprávu.