

**Nazwisko i imię rodzica:** .....

**Adres zamieszkania:** .....

**Telefon/ e-mail:** .....

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**O PRZYJMOWANYCH LEKACH**

Wyrażam/ nie wyrażam zgody, aby mój syn/córka  
..... samodzielnie przyjmował /przyjmowała leki  
przywiezione z miejsca stałego zamieszkania i biore pełną odpowiedzialność za  
skutki ich przyjmowania.

Przyjmowanie leków przez mojego syna/ córkę jest konieczne ze względu na

.....

(podać dolegliwość i nazwę zażywanych leków)

**W przypadku chorób przewlekłych zobowiązuje się do dostarczenia kserokopii dokumentacji z przebiegu leczenia i informacji o podawanych lekach.**

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego