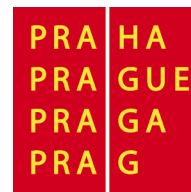




ZÁKLADNÍ ŠKOLA LOGOPEDICKÁ  
A MATEŘSKÁ ŠKOLA LOGOPEDICKÁ  
101 00 Praha 10, Moskevská 29

tel: 271 720 585  
email: reditelka@logopedickaskola.cz



## Souhlas s podáváním léků

Souhlasím s tím, aby vyučující nebo zdravotník školy.....  
podali mému synovi/dceři potřebné léky a poskytli vhodnou předlékařskou pomoc.

Jméno a příjmení dítěte:.....datum narození.....

Zároveň souhlasím s tím, aby mému synovi/dceři byl pravidelně podáván lék, který dlouhodobě  
užívá na základě lékařského potvrzení:

Název:.....čas a dávkování.....

Datum..... podpis zákonného zástupce.....

Tento souhlas má platnost od 12.1.2020 do 17.1.2020.