



Základní škola a mateřská škola, Třinec, Kaštanová 412, příspěvková organizace
Kaštanová 412, 739 61 Třinec

DOHODA O PODÁNÍ LÉKU UČITELEM

Příjmení a jméno:
(dále jen „učitel/-ka“)

a

pan (paní):
bydliště:
tel. kontakt:
(dále jen „zákonný zástupce“)

dítěte:

příjmení a jméno:
datum narození:
ročník, třída:

uzavírají tuto

dohodu o podání léku dítěti učitelem v době školního vyučování

školního roku

od do

Lék předávám v originálním obalu s přiloženým příbalovým letáčkem a vyznačeným dávkováním. Učitele jsem obeznámila/-a rovněž s nežádoucími účinky léku a postupem, jak se zachovat v případě výskytu nežádoucích účinků léku, jaká opatření v případě výskytu nežádoucích účinků léku přijmout.

Název léku:

Dávkování (kdy, jak často, kolik):

Lék naordinoval:

1. Praktický dětský lékař (jméno a tel. kontakt)*:

Příjmení a jméno:

Telefonní kontakt:

*nehodící, prosím, škrtněte



Základní škola a mateřská škola, Třinec, Kaštanová 412, příspěvková organizace
Kaštanová 412, 739 61 Třinec

2. Odborný lékař (jméno a tel. kontakt)*:

Příjmení a jméno:

Telefonní kontakt:

Jsem si vědom/-a veškerých následků plynoucích z této dohody.

Léky předám učiteli/-ce dne:

Dokládám / nedokládám písemné lékařské potvrzení.*

V Třinci dne

.....

zákonný zástupce

.....

učitel/-ka

S dohodou byla seznámena ředitelka školy.

V Třinci dne

.....

Mgr. Kateřina Čechotková Gorová
ředitelka školy

*nehodící, prosím, škrtněte