

ŽÁDOST o zajištění aplikace léčebných prostředků

Žádám ředitele školy ZŠ a MŠ pro sluchově postižené, Plzeň, Mohylová 90,

na základě zdravotního stavu mého dítěte, o umožnění vstupu třetí osobě, která zajistí podávání léků dítěti/žákovi (popř. provede zdravotní úkon).

Zákonný zástupce žáka/ dítěte

jméno a příjmení:.....

bytem:.....

(dále jen „zákonný zástupce“)

.....
jméno a příjmení, rodné číslo

.....
zařazení, školní rok

.....
zdravotní stav:

Léky popř. zdravotní úkon dítěti/žákovi podá/provede

Žádám o umožnění vstupu zaměstnanci této organizace, na základě předložení uzavřené smlouvy mezi zákonným zástupcem dítěte/žáka s touto organizací, do budovy školy v tomto časovém rozsahu:

den	čas	poznámka
pondělí		
úterý		
středa		
čtvrtek		
pátek		

V Plzni dne:.....

Podpis zákonného zástupce žáka/dítěte: