

**ZGODA PEDAGOGA CENTRUM POMOCY DZIECKU NIEPEŁNOSPRAWNEMU I JEGO RODZINIE
NA PODAWANIE STAŁYCH LEKÓW DZIECKU W CZASIE NIEOBECNOŚCI OPIEKUNA**

Ja, niżej podpisany
(imię, nazwisko pedagoga)

wyrażam zgodę na podawanie dziecku
(imię, nazwisko dziecka)

leku
.....
.....
(dawka, nazwa leku, częstotliwość podawania/godzina)

Oświadczam, że zostałem/am poinstruowany/a o sposobie podaniu leku/wykonania czynności
medycznej.

.....
(czytelny podpis pedagoga)

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczuk**