

Załącznik Nr 1
do Regulaminu korzystania
z Centrum Pomocy Dziecku
Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie
przy ul. Jasnogórskiej 36 w Częstochowie
z dnia 31.07.2023 r.

Oświadczenie

Oświadczam, iż mój syn/moja córka:

_____ (imię i nazwisko dziecka)

powinien/powinna przyjmować w trakcie pobytu w Centrum Pomocy Dziecku

Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie w Częstochowie w okresie:

od _____ do _____

następujące lekarstwa w dawkach:

Nazwa lekarstwa	dawka	godzina

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć aktualne, pisemne zlecenie lekarza prowadzącego dziecko zawierające nazwę leku, dawkę i godzinę podania leku oraz każdorazowo przy zmianie leku lub dawki kolejne zlecenie lekarskie.

W przypadku wystąpienia ataku padaczki wymagającego podania wlewki lub w przypadku konieczności udzielenia pomocy medycznej wyrażam zgodę na wezwanie pogotowia ratunkowego.

W przypadkach nagłych (np. wystąpienie silnego bólu) proszę podać (nazwa leku, dawka):

_____ Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć lek do podania w sytuacjach nagłych.

Dziecko jest uczulone na następujące leki i alergen(y):

_____ Wskazania dietetyczne:

(data)

(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczyk