

 **ZGODA NA LECZENIE ORAZ PODAWANIE LEKÓW**

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków podczas mojej nieobecności.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne oraz wyrażam zgodę na udzielanie kadrze półkolonii wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzam, że podałem/am wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na półkolonii.

Przejmuję na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a niepodanych chorób dziecka.

Jednocześnie informuję o konieczności podawania leków, które dziecko powinno zażywać w trakcie trwania półkolonii. Wyrażam zgodę, aby wymienione poniżej leki podawane były przez opiekuna/wychowawcę/kierownika półkolonii.

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Nazwa sposób podania dawka

Informuję , że dziecko uczulone jest na lek/substancję czynną:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



(Podpis Rodzica/Opiekuna prawnego, data i miejscowość)