

ЗАПИТ НА
ВИДАЧУ ЛІКІВ

Нижчевказані _____, Батько

та матір (або той хто має батьківські повноваження) учня

_____,
класу/секції _____ садка/початкової/середньої школи у

_____, Будучи неповнолітнім який хворіє на

_____ має постійну абсолютне необхідність,

ПРОСЯТЬ

адміністрація на місці та в навчальний час лікарських засобів відповідно до
медичного дозволу, виданого числа _____ лікарем _____.

Уточнюють, що введення препарату, згідно з доданою медичною декларацією, може
здійснюватися також немедичним персоналом, чиє втручання наразі дозволено.

Відповідно до Законодавчого декрету 196/2003 вони дають згоду на обробку
персональних і конфіденційних даних (що підходять для виявлення стану
здоров'я людей):

ТАК

НІ

Giulianova, _____ 20__

Підпис обидвох батьків

Усвідомлюючи той факт, що шкільний персонал не зобов'язаний володіти
особливими навичками, пов'язаними зі здоров'ям, і не може проявляти технічний
розсуд, вони звільняють їх від будь-якої відповідальності за будь-які мимовільні
помилки та/або за непередбачені наслідки після видачі ліків.

Giulianova, _____ 20__

Підпис обидвох батьків

Корисні для школи номери телефонів

Участковий лікар/Педіатр: _____

_____: _____