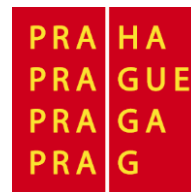




ZÁKLADNÍ ŠKOLA LOGOPEDICKÁ
A MATEŘSKÁ ŠKOLA LOGOPEDICKÁ
101 00 Praha 10, Moskevská 29

tel: 271 720 585
email: reditelka@logopedickaskola.cz



Žádost o podávání léků a zajištění zdravotních úkonů

Žadatel

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Žádám pro svého syna/dceru

datum narození.....v době výuky a pobytu ve školní družině nebo
v MŠ, na akcích školy apod. o:

1. podávání medikace

jaké - název léku:

dávkování/kdy:

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

2. zajištění zdravotních úkonů

popis - bližší specifikace - rozsah:

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

V.....dne.....

.....

podpis