



Warszawa dn.

Ja legitymująca/y się dowodem osobistym
nr biorąc pełną odpowiedzialność, upoważniam kadrę pedagogiczną
obozu/kolonii w w terminie.....
do podawania specjalistycznych lekarstw, które mój/syn/córka
przyjmuje na stałe.

Jednocześnie oświadczam, iż przekazałam/em dokładne wytyczne dotyczące ich dawkowania.

- | | | |
|------------|-------|------------|
| 1. | | nazwa leku |
| dawkowanie | | |
| 2. | | nazwa leku |
| dawkowanie | | |
| 3. | | nazwa leku |
| dawkowanie | | |
| 4. | | nazwa leku |

.....

(data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)