



## **Základní škola Uničov**

Pionýrů 685, 783 91 Uničov  
tel: +420 585 053 427, +420 739 285 192  
IČ: 646 27 501, datová schránka: zci6sie  
e-mail: skola@zspionryru.cz, web: www.zspionryru.cz

### **Žádost o podávání medikace**

**Žadatel:** Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Žádám pro svého syna/dceru \_\_\_\_\_ datum narození: \_\_\_\_\_

třída: \_\_\_\_\_

**v době výuky v ZŠ, pobytu ve školní družině, akcích školy apod. o:**

#### **1. Dohled při podávání medikace**

(jaké) \_\_\_\_\_

v rozsahu: \_\_\_\_\_

(jaké) \_\_\_\_\_

v rozsahu: \_\_\_\_\_

#### **2. Zajištění zdravotních úkonů**

(bližší specifikace a rozsah)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **3. Vyjádření (doporučení lékaře)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis žadatele