Alulírott…………………………………………….nyilatkozom gyermekem…………………………………………

………………**ESETI** Intézményi gyógyszer beadásáról

Eseti gyógyszer neve………………………………

Beadás időpontja………………………………..

Eseti gyógyszer beadásának indoka:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Eseti gyógyszer szedésének intervalluma……………..-tól………………..-ig.

Dátum:…………………………………………

 Érintett személy vagy szülő aláírása:………………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **IMMÁNUEL** | **NYILATKOZAT AZ ESETI INTÉZMÉNYI GYÓGYSZER BEADÁSÁRÓ** | Azonosító jel: **M5.1.Iskola-Ny1**Érvényes**:** 2021.09.01-től |

Alulírott…………………………………………….nyilatkozom gyermekem…………………………………………

………………**ESETI** Intézményi gyógyszer beadásáról

Eseti gyógyszer neve………………………………

Beadás időpontja………………………………..

Eseti gyógyszer beadásának indoka:……………………………………………

…………………………………………………………………………………………………….

Eseti gyógyszer szedésének intervalluma……………..-tól………………..-ig.

Dátum:…………………………………………

 Érintett személy vagy szülő aláírása:………………………………….