Základní škola Česká Třebová, Ústecká ulice

Ústecká 160, 560 03 Česká Třebová



ZŠ Parník

IČO: 70883335 Telefon : 465 531 054

**Moneta Money Bank 211767201/0600 E-mail: reditel**[**@zs-ustecka.cz**](mailto:jana.mikesova@zs-ustecka.cz)

**ID: 8hkmkky www.zs-ustecka.cz**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Č.j.:

Žadatel: Jméno a příjmení ………………………………………………….

Adresa trvalého bydliště …………………………………………………..

Žádám pro svého syna/dceru …………………………………….., třída ………………,   
datum narození ……………….…. v době výuky v základní škole, pobytu ve školní družině, akcích školy apod. o:

**1. podávání medikace**

(jaké) …………………………… v rozsahu ……………………………

……………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………..

**2. zajištění zdravotních výkonů (bližší specifikace a rozsah)**

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

**3. vyjádření (doporučení) lékaře**

**Osoby oprávněné:** učitel(-ka) .………………………………………………..

vychovatelka …………………………………………………

asistentka ………………………………………………..

**Při změně druhu nebo dávkování medikace je nutno žádost neprodleně aktualizovat!**

V …………………………………. dne …………… Podpis žadatele: