



Žádost o podávání léků a zajištění zdravotních úkonů pedagogickými pracovníky školy. (Potvrzení od lékaře)

Žadatel (zákonný zástupce)

Jméno a příjmení:

Adresa trvalého bydliště:

Žádám pro svého syna/dceru datum narození

v době školy v přírodě – Tvrz Holešice (15. 6. – 19. 6. 2026):

(níže vyplní lékař)

1. podávání medikace jaké – název léku, dávkování/kdy:

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

2. zajištění zdravotních úkonů popis - bližší specifikace – rozsah:

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



razítko, podpis lékaře

V dne: Podpis žadatele (zákonného zástupce):