

OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE UCZNIOWI/WYCHOWANKOWI TABLETEK JODKU POTASU

W Szkole Podstawowej nr 8 z Oddziałami integracyjnymi im. Wł. Jagiełły w Nowym Sączu
Miejskim Przedszkolu nr 16 w Nowym Sączu

Imię i Nazwisko ucznia/wychowanka /szkoły/przedszkola

Klasa/oddział przedszkolny

Data urodzenia ucznia/wychowanka /szkoły/przedszkola

Imię i Nazwisko rodziców lub opiekunów prawnych ucznia/wychowanka:

–

–

Stosownie zaznaczyć krzyżykiem:

TAK, wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku w szkole/przedszkolu pod nadzorem pielęgniarki tabletki jodku potasu w przypadku zagrożenia radiacyjnego – za wezwaniem instytucji ochrony zdrowia – i potwierdzam, że nie są mi znane żadne niezgodności i przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przez moje dziecko. Biorę pełną odpowiedzialność za podanie jodku potasu przez osoby wyznaczone w szkole w momencie zagrożenia. Oświadczam, że zapoznałem się z ulotką zamieszczoną na stronie internetowej szkoły i są mi znane zalecenia i przeciwwskazania do przyjęcia leku.

NIE, nie wyrażam zgody.

.....

.....

(data i czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)