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

………………**ESETI** Intézményi gyógyszereléséről.

Eseti gyógyszer neve………………………………

Beadás időpontja………………………………..

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

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

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

Dátum:………………………………………… A szülő aláírása:………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IMMÁNUEL** | **SZÜLŐI NYILATKOZAT AZ ESETI INTÉZMÉNYI GYÓGYSZERELÉSRŐL** | Azonosító jel: **F11-B4**Érvényes: 2017.02.01-tőlOldal**: 1/**1 |

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

………………**ESETI** Intézményi gyógyszereléséről.

Eseti gyógyszer neve………………………………

Beadás időpontja………………………………..

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

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

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

Dátum:………………………………………… A szülő aláírása:………………………………….