**SOUHLAS RODIČŮ S PODÁVÁNÍM LÉKŮ**

**Seznam léků v lékárničce:**

HA gel (spáleniny, popáleniny, suchá popraskaná kůže)

PARALEN 500 tbl. (bolest hlavy, horečka)

IBALGIN 200 tbl. (bolest hlavy, horečka)

NUROFEN 200 TBL. (bolest hlavy, horečka)

KINEDRYL tbl. (žaludeční neuróza)

CARBO tbl. (živočišné uhlí)

MULLEROVY pastilky (bolest v krku)

TUSSIREX junior (sirup na kašel)

OČNÍ KAPKY OCCUSEPT

DESODROP oční kapky

ROBITUSSIN sirup (na kašel)

VINCENTKA sprej (nosní sprej)

HYLAK 100ml (obnova zažívacího traktu)

DETTOL sprej (dezinfekce)

CRYOS spray (chladící spray na pohmožděniny)

Souhlasím s tím, aby mé dítě……………………………………………………………………….. dostalo v případě potřeby výše uvedené léky. Léky bude podávat osoba s kvalifikací Zdravotník zotavovacích akcí. Beru na vědomí, že podávání léků bude se mnou telefonicky konzultováno.

Datum:……………………………………… Podpis zákonného zástupce:……………………………………………………………

**Vyberte jednu z možností:**

* Souhlasím, aby v případě transportu do a ze zdravotního zařízení mého syna/mou dceru…………………………………..……….. vezl osobním automobilem zaměstnanec školy.
* Beru na vědomí, že případný transport ze zdravotního zařízení zajistí zákonný zástupce.

**Datum: ……………………………… Podpis zákonného zástupce:………………………………………………….**