

Adresa žiadateľa:

Spojená škola
Org. zložka: Materská škola pre deti s telesným
postihnutím
Mokrohájska 3
844 13 Bratislava

Vec: **Žiadosť o vykonanie zdravotného úkonu**

Podpísaný rodič žiadam o vykonanie úkonu *

pre narodenú/narodeného dňa

v dobe od do v čase

v súlade s danou diagnózou dieťaťa **na základe lekárskeho potvrdenia** (viď príloha tejto žiadosti).

Týmto zároveň udeľujem súhlas pre tento úkon týmto zamestnancom školy:

.....
.....

Celú zodpovednosť za tieto úkony preberám.

V..... dňa

.....
podpis zákonného zástupcu

* Myslí sa napríklad aplikácia liekov (treba konkretizovať liek a množstvo) alebo iný zdravotný úkon.