

VRTEC ŠKOFJA LOKA

Podlubnik 1d  
OBR. INT.F-691

Izpolni uprava

Datum prejema: \_\_\_\_\_  
Poslano: OPZHR (original), oddelek

## POOBLASTILO O DAJANJU ZDRAVIL

Ime in priimek otroka: \_\_\_\_\_ Leto rojstva: \_\_\_\_\_

Oddelek: \_\_\_\_\_ Enota: \_\_\_\_\_

Spodaj podpisani \_\_\_\_\_ (ime in priimek starša / skrbnika)

pooblaščam

vzgojiteljico/vzgojitelja \_\_\_\_\_

in pomočnico/pomočnika vzgojiteljice/vzgojitelja \_\_\_\_\_,

v primeru njune odsotnosti pa osebo, ki ju nadomešča, da ob nujnosti oz. po potrebi, glede na pisna navodila zdravnika, mojemu otroku da predpisano zdravilo.

Možni stranski učinki, ki so že bili opaženi pri otroku:

---

---

---

---

Telefonska številka staršev, na kateri so v času bivanja otroka v vrtcu dosegljivi:

---

### OBVEZNO PREDLOŽITI:

1. pisno navodilo zdravnika o vrsti zdravila, načinu dajanja in odmerkom zdravila
2. zdravilo v originalni embalaži (način hrambe zdravila), z imenom otroka in napisanim odmerkom

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis starša / skrbnika: \_\_\_\_\_