

Załącznik Nr 7  
do Regulaminu korzystania  
z Centrum Pomocy Dziecku  
Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie  
przy ul. Jasnogórskiej 36 w Częstochowie  
z dnia 31.03.2016 r.

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż mój syn/córka:

.....  
/imię i nazwisko dziecka/  
powinien/na przyjmować w trakcie pobytu w Centrum Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu i Jego Rodzinie przy ul. Jasnogórskiej 36 w Częstochowie w okresie:  
od ..... do .....  
następujące lekarstwa w dawkach:

Nazwa lekarstwa	dawka	godzina

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć aktualne, pisemne zlecenie lekarza prowadzącego dziecko zawierające nazwę leku, dawkę i godzinę podania leku oraz każdorazowo przy zmianie leku lub dawki kolejne zlecenie lekarskie.

W przypadku wystąpienia ataku padaczki wymagającego podania wlewki lub w przypadku konieczności udzielenia pomocy medycznej wyrażam zgodę na wezwanie pogotowia ratunkowego.

U mojego dziecka występują przeciwwskazania do podania następujących lekarstw:

.....  
.....  
.....

Wskazania dietetyczne:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
/data/

.....  
/czytelny podpis rodzica lub opiekuna/