



## **INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZYJMOWANIA STAŁYCH LEKÓW PRZEZ DZIECKO PODCZAS POBYTU NA ZIMOWISKU**

### **1. Komu należy przekazać leki dziecka?**

Leki należy przekazać wyznaczonej przez kierownika wypoczynku osobie z kadry. **ŻADNYCH** leków nie dajemy dziecku do samodzielnego zażywania oraz na tzw. Wszelki wypadek!!!

### **2. Kiedy należy przekazać leki?**

Leki należy przekazać przy autobusie w dniu wyjazdu dziecka na kolonię/obóz.

### **2. Jak zapakować leki dziecka?**

Leki powinny być zapakowane w podpisany imieniem i nazwiskiem dziecka woreczek ze struną wraz z nazwą choroby i opisem dawkowania leków na opakowaniu i na załączonej zgodzie. Leki należy **przekazać w oryginalnych opakowaniach**, gdyż lekarz/pomoc medyczna musi mieć pełną wiedzę na temat podawanego leku. Wszelkie uwagi medyczne dotyczące dziecka należy zaznaczyć na karcie kwalifikacyjnej. Informacje przekazywane przy autokarze najlepiej przygotować w formie pisemnej i włączyć do worka z lekami, który przekazujemy wyznaczonej osobie, ponieważ w momencie wyjazdu nie ma wystarczająco czasu na przekazywanie szczegółów.

Prosimy nie dawać wyliczonych tabletek!!!

**UWAGA! LEKI W INNEJ FORMIE NIE BĘDĄ PRZYJMOWANE**

**Fundacja „CZAS PRZYGODY”**

ul. Bajana 7/18  
54-129 Wrocław

NIP 8943176314  
KRS 0000931743, REGON 52042230  
MBank 29 1140 2004 0000 3002 8194 3727

+48 502 50 50 51  
viki@kierunekprzygoda.org.pl

[www.czasprzygody.org.pl](http://www.czasprzygody.org.pl)



Wrocław, .....

### **ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW DZIECKU PODCZAS POBYTU NA ZIMOWISKU**

Upoważniam osobę wskazaną przez KIEROWNIKA WYPOCZYNKU do podawania leków  
mojemu dziecku ..... podczas zimowiska w

..... w terminie od ..... do .....

Leki podpisane na opakowaniu wraz z dokładną informacją na opakowaniu o sposobie dawkowania  
zapakowałem/am w podpisany woreczek ze struną i oddałem/łam w dniu wyjazdu osobie odpowiedzialnej.

NAZWA LEKU *)	DAWKOWANIE	RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR

Sposób dawkowania:

\*) proszę wypełnić drukowanymi literami. W odpowiednim miejscu postawić znak **X**

.....  
(czytelny podpis rodzica / opiekuna)

**Do upoważnienia dołączam zaświadczenie lekarskie dotyczące konieczności podawania ww leków.**

**Fundacja „CZAS PRZYGODY”**

ul. Bajana 7/18  
54-129 Wrocław

NIP 8943176314  
KRS 0000931743, REGON 52042230  
MBank 29 1140 2004 0000 3002 8194 3727

+48 502 50 50 51  
viki@kierunekprzygoda.org.pl

[www.czasprzygody.org.pl](http://www.czasprzygody.org.pl)