Okulunuz öğrencilerinden velisi bulunduğum ……………………………………………………….. İsimli

…………… Şubede eğitim alan öğrencinin ilgili sağlık kuruluşu tarafından reçete edilen ve okul saatlerinde kullanılması gereken ilaçları, dozları ve uygulanması gereken saatleri aşağıda listelenmiştir. Bu ilaçların ilgili sağlık kuruluşu tarafından reçete edildiğini ve aşağıda belirtilen şekilde kullanılması gerektiğini ve doğruluğunu beyan eder;

Okul Hemşiresi veya diğer görevli personel tarafından ilaçların verilmesi/uygulanması için gerekli izin tarafımca verilmiştir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İLAÇ ADI** | **DOZU(mg)** | **VERİLECEĞİ/UYGULANACAĞI SAATLER** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Yukarıda yazdığım ilaçların verilmesi/uygulanmasında sakınca bulunmadığını arz ederim.**

**Öğrenci Velisinin Adı Soyadı**

**İmza ……./……../20……**

**NOT: Diğer görevli personel; ilgili sınıf öğretmeni, nöbetçi öğretmen, pansiyonlu okullarda görev alan belletmen öğrenmen ve okul yönetimi tarafından yetkilendirilen öğretmenler olabilmektedir.**