

**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE UCZNIOWI TABLETEK JODKU POTASU**

w Zespole Szkół nr 2 im. Sybiraków w Nowym Sączu

Imię i Nazwisko ucznia szkoły

Klasa

Data urodzenia ucznia szkoły

Imię i Nazwisko rodziców lub opiekunów prawnych ucznia:

—

—

Stosownie zaznaczyć krzyżykiem:

☐ **TAK**, wyrażam/y zgodę na podanie mojemu dziecku w szkole pod nadzorem pielęgniarki lub osoby wykonującej zawód medyczny, tabletki jodku potasu w przypadku zagrożenia radiacyjnego ogłoszonego przez podmiot uprawniony.

Potwierdzam/y, że nie są mi/nam znane żadne niezgodności i przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przez moje dziecko. Biorę/bierzemy pełną odpowiedzialność za podanie jodku potasu przez osoby wyznaczone w szkole w momencie zagrożenia radiacyjnego.

Oświadczam/y, że zapoznałem/zapoznaliśmy się z ulotką informacyjną dla użytkowników produktu Jodek potasu G.L. Pharma zamieszczoną na stronie internetowej szkoły i są mi/nam znane zalecenia i przeciwwskazania do przyjęcia leku.

☐ **TAK**, wiem/y, że w każdej chwili mogę/ możemy korzystając z tego druku „Oświadczenia”, wycofać zgodę na podanie mojemu dziecku jodku potasu.

☐ **NIE**, nie wyrażam zgody.

.....

.....

(data i czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)