Základní škola T. G. Masaryka Milovice, Školská 112, Milovice

**Souhlas s podáním léku (náhle vzniklá alergická reakce), použitím dezinfekčního prostředku
u dítěte navštěvujícího naše školní zařízení**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Zabezpečení režimových opatření školním zařízením:

* Rodiče souhlasí s aplikací léku (antihistaminika) v případě akutní a rychle postupující alergické reakce u dítěte (kožní projevy, náhle vzniklé otoky, dušnost).
* Rodiče souhlasí s použitím lokálního dezinfekčního prostředku u dítěte v situaci, kdy nelze zajistit rychlé předání dítěte zpět do jejich péče (exkurze, výlet, škola v přírodě, lyžařský výcvik, školní kurzy apod.). Prostředek bude použit k lokálnímu ošetření drobných odřenin a poranění jako prevence vzniku infekce.
* Zaměstnanci školního zařízení zajistí tato režimová opatření. Rodiče budou o těchto opatřeních neprodleně informováni telefonicky a sms zprávou. V případě akutní alergické reakce je kontaktována také záchranná služba.

Tento souhlas dávám po celou dobu školní docházky mého dítěte na ZŠ. Mohu ho kdykoli odvolat.

Podpis rodičů:

 ……………………......................