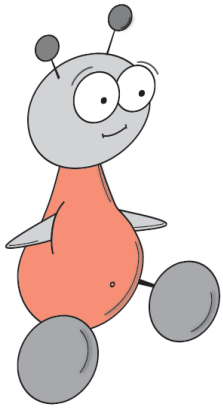

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

VNITŘNÍ SMĚRNICE

Základní školy a Mateřské školy Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvkové organizace

Podávání léků

(v rámci zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví dětí, žáků a účastníků zájmového vzdělávání)

Číslo jednací	ZŠaMŠKpy/578/2026
Spisový znak a skartační znak	A.1. / A10
Schválil ředitel školy dne	4. 9. 2026
Zaměstnanci seznámeni dne	14. 9. 2026
Nabývá platnosti a účinnosti dne	14. 9. 2026

Ředitel školy vydává tuto vnitřní směrnici na základě § 164 a § 165 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Školský zákon) v platném znění, a v souladu s dalšími souvisejícími právními předpisy. Účelem tohoto vnitřního předpisu je vymezit práva a povinnosti všech účastníků vzdělávání v mateřské škole, základní škole i školském zařízení (tj. dětí/žáků/účastníků zájmového vzdělávání, jejich zákonných zástupců a pedagogických pracovníků), konkretizovat podmínky, postupy a pravidla v případě podávání léků ve škole, ve školském zařízení i při akcích konaných mimo budovu školy, a to v souladu se Školním řádem Základní školy a Mateřské školy Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvkové organizace.

I. DEFINICE A VÝKLAD POJMŮ

Chronické onemocnění

Stav, kdy dítě/žák/účastník zájmového vzdělávání trpí dlouhodobou zdravotní poruchou, která vyžaduje pravidelnou medikaci nebo opatření ke zmírnění příznaků (např. astma bronchiale, epilepsie, srdeční onemocnění, alergie apod.). Chronická onemocnění zpravidla vyžadují soustavnou péči, která přesahuje běžné možnosti školy a školského zařízení.

Chronická medikace

Pravidelné nebo dlouhodobé podávání léků předepsaných lékařem u dítěte/žáka/účastníka zájmového vzdělávání s chronickým onemocněním. Cílem je udržet stabilní zdravotní stav dítěte/žáka/účastníka zájmového vzdělávání a předcházet zhoršení nemoci.

Akutní medikace

Jednorázové nebo krátkodobé podání léku v rámci poskytování neodkladné první pomoci, typicky při náhlém zhoršení zdravotního stavu (např. alergická reakce, epileptický záchvat, astmatický záchvat apod.).

II. PRÁVNÍ RÁMEC

1) Škola ani školské zařízení není zdravotnickým zařízením a **nemá oprávnění ani povinnost standardně podávat léky** dětem/žákům/účastníkům zájmového vzdělávání.
2) Povinností vzdělávací organizace dle **§ 29 zákona č. 561/2004 Sb., školský zákon**, je zajistit bezpečnost a ochranu zdraví dětí v průběhu vzdělávání.
3) **Pedagogičtí pracovníci MŠ, ZŠ a ŠD** dále jen „zaměstnanci školy“, **nejsou zdravotnickými pracovníky** ve smyslu **§ 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování**, a proto nemohou vykonávat zdravotnické výkony ani podávat léky mimo výslovně dohodnuté a schválené případy.
4) Podávání léků zaměstnanci školy je možné pouze **výjimečně, za přesně stanovených podmínek a na základě písemného souhlasu ředitele školy**. Ředitel školy vydá souhlas k podání léku po posouzení písemné **žádosti zákonných zástupců,** která musí být doložena **lékařským doporučením** starým maximálně 60 dnů**.** Souhlas k podávání léků musí být vždy vydán na určité období, maximálně na jeden školní rok. Vydává se zejména v případech:
   a) dlouhodobého chronického onemocnění dítěte/žáka/účastníka zájmového vzdělávání,
   b) nezbytnosti podání léku pro zachování zdraví či života dítěte/žáka/účastníka zájmového

vzdělávání.

Ředitel školy **nemůže zaměstnancům školy nařídit podávání léků** dětem/žákům/účastníkům zájmového vzdělávání.

Tato činnost je založena výhradně na svobodném rozhodnutí **a dobrovolném souhlasu** každého zaměstnance školy a musí být vždy posouzena s ohledem na:

a) bezpečnost dítěte/žáka/účastníka zájmového vzdělávání,
b) individuální podmínky ve třídě/oddělení školní družiny,
c) organizační a personální možnosti školy a školského zařízení,
d) vyhodnocení rizikovosti dané situace.

Podávání léků ve škole, ve školském zařízení i na akcích konaných mimo budovu školy (např. školy v přírodě, lyžařské kurzy, výlety, exkurze, zahraniční zájezdy a další) je tedy možné pouze tehdy, pokud se na tom všechny zúčastněné strany (zákonní zástupci, ředitel školy a zaměstnanci školy) **prokazatelně dohodnou.**

III. ZÁKLADNÍ ZÁSADY

Podle § 22 odst. 3 písm. c) školského zákona jsou zákonní zástupci povinni informovat školu a školské zařízení o **změně zdravotní způsobilosti**, zdravotních obtížích dítěte nebo žáka nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání.

Léky určené k léčbě **akutních infekčních a parazitárních onemocnění** (např. antibiotika, antipyretika, analgetika, kapky proti kašli, antiparazitika apod.) **nesmí být podávány**.

Podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, má zařízení pro výchovu a vzdělávání povinnost zajistit **oddělení dítěte, které vykazuje známky akutního onemocnění**, od ostatních dětí a **zajistit jeho předání zákonnému zástupci**, který je povinen si dítě ponechat v domácím ošetření a přivést jej zpět do kolektivu až po úplném doléčení.

Podání léku ve škole, vzdělávacím zařízení a na akcích konaných mimo budovu školy je vždy vázáno na splnění administrativních kroků, které jsou detailně vymezeny v bodě IV. této vnitřní směrnice. Při podávání léků musí jít pouze o činnost, ke které není třeba odborné kvalifikace a ke které nejsou způsobilé jen osoby se speciálním odborným vzděláním či odbornou praxí.

IV. ADMINISTRATIVA A PODMÍNKY DOHODY

A) Akutní medikace v rámci první pomoci

1) Zaměstnanci školy jsou povinni poskytnout dítěti/žákovi/účastníkovi zájmového vzdělávání **neodkladnou první pomoc** a **neprodleně kontaktovat zdravotnickou záchrannou službu (ZZS)**.
2) Pokud to situace vyžaduje a ZZS poskytne instrukce, může zaměstnanec školy na jejich základě dítěti/žákovi/účastníkovi zájmového vzdělávání podat uskladněný lék první pomoci (např. adrenalin při anafylaxi, lék při epileptickém záchvatu, inhalátor při astmatickém záchvatu).

3) Podání léku probíhá **výhradně na základě komunikace se ZZS**, nikoli z vlastní iniciativy zaměstnance školy.
4) Po provedení kroků doporučených ZZS je následně informován zákonný zástupce dítěte/žáka/účastníka zájmového vzdělávání.
5) Lék první pomoci je ve škole či školském zařízení **uschován** na určeném bezpečném místě. **Nesmí být volně přístupný nezletilým a nepoučeným osobám**.

Administrativa k uskladnění léku první pomoci zahrnuje:

1) **Žádost zákonných zástupců** o uskladnění léku (*příloha č. 1).*
2) **Lékařské doporučení** *(příloha č. 4).*
3) **Souhlasné stanovisko ředitele školy** k uskladnění léku.
    a) místo uskladnění,
    b) dobu použitelnosti/exspiraci.
4) **Záznam o uskladnění léku**, v němž je uveden název léku, forma, síla, místo uložení, datum exspirace a podpisy zákonných zástupců i pověřených zaměstnanců školy (*příloha č. 7).*

B) Chronická dlouhodobá medikace

1) V případě, že dítě/žák/účastník zájmového vzdělávání vyžaduje **pravidelné podávání léku** nebo **dohled nad jeho užitím** (např. u astmatu, epilepsie, srdečních onemocnění, alergií apod.), je možné uzavřít **dohodu** mezi školou a zákonnými zástupci o podávání nebo dohledu nad podáním léku.
2) **Podávání léků** není automatickou součástí péče školy a školského zařízení a **nelze** ho **považovat za samozřejmé.**
3) **O žádosti zákonných zástupců rozhoduje ředitel školy** s ohledem na bezpečnost samotného dítěte/žáka/účastníka zájmového vzdělávání, ostatních žáků a zaměstnanců školy, na organizační a personální podmínky a individuální okolnosti daného případu.

Administrativa k případnému podání pravidelně užívaného léku zahrnuje:

1. **Žádost zákonných zástupců** o podávání léku *(příloha č. 2),* dohled nad podáváním léku *(příloha č. 3*) a o uskladnění léku *(příloha č. 1).*
2. **Lékařské doporučení**, které jasně stanoví název léku, dávkování, způsob a čas podání, případně okolnosti, za nichž se lék podává (*příloha č. 4).*
3. **Souhlasné stanovisko ředitele školy** s uvedením podmínek a způsobu realizace.
4. **Dohoda** k podávání léku (*příloha č. 5)* nebo Dohoda dohledu nad podáním léku (*příloha č. 6),* která obsahuje jmenný seznam pověřených pracovníků a jejich poučení o správném postupu.
5. **Záznam o uskladnění léku**, v němž je uveden název léku, forma, síla, místo uložení, datum exspirace a podpisy zákonných zástupců i pověřených zaměstnanců školy (*příloha č. 8)*

6. **Záznam o podání nebo dohledu nad podáním léku** (*přílohy č. 9 a č. 10)* – pověření zaměstnanci školy provádějí **každodenní zápis** o tom, zda byl lék dítěti/žákovi/účastníkovi vzdělávacího zařízení podán nebo byl vykonán dohled nad jeho užitím. Záznam musí obsahovat datum, čas, dávku (pokud je podána), jméno dítěte/žáka/účastníka vzdělávacího zařízení a podpis pověřeného zaměstnance školy. Pokud dítě/žák/účastník vzdělávacího zařízení odmítne lék přijmout, pověřený zaměstnanec školy informuje prostřednictvím **školy online** zákonné zástupce.

Jakákoli **změna v medikaci** (např. jiná síla léku, změna dávkování nebo jiný název léku oproti původní dohodě) musí být doložena **novým lékařským potvrzením**. V případě, že v lékárně dojde k **náhradě léku jiným přípravkem**, je nutné doložit **potvrzením od lékaře**, že se jedná o ekvivalentní lék, včetně informací o jeho dávkování a způsobu podání.

Zákonní zástupci potvrzují, že si jsou vědomi, že **léky po datu exspirace nesmějí být dítěti/žákovi/účastníkovi zájmového vzdělávání podávány**, a zavazují se zajistit, že do školy a vzdělávacího zařízení vždy osobně přinesou lék **v neprošlé době použitelnosti**.

C) Jednorázové užití léku

Jednorázové podání léku znamená podání léčivého přípravku v ojedinělém, předem plánovaném případě, kdy se předpokládá specifická potřeba medikace dítěte/žáka/účastníka vzdělávacího zařízení. Typickým příkladem je podání léku Kinedryl před delší cestou autobusem při výletě či jiné akci mimo budovu školy, a to za účelem **prevence nevolnosti (kinetózy)**.

Podání jednorázového léku není standardní činností školy a vzdělávacího zařízení a lze ho uskutečnit pouze **na základě písemného souhlasu zákonného zástupce.**

Administrativa k jednorázovému podání léku (např. Kinedryl):

1. **Písemné pověření a souhlas zákonného zástupce** na jednorázovém formuláři *(příloha č. 11)*, který se vyplňuje při **předání léku**. Formulář obsahuje:
    - jméno žáka/účastníka vzdělávacího zařízení,
    - název léku a dávku,
    - přesný čas a situaci, kdy má být lék podán (např. před cestou autobusem),
    - podpis zákonného zástupce.
2. **Lék je předáván v originálním obalu**, s čitelným označením, v neprošlé době použitelnosti a v množství odpovídajícím pouze jednorázovému podání.
3. **Záznam o podání nebo dohledu nad podáním léku proti kinetóze** (*příloha č. 12)* – pověření zaměstnanci školy provedou **zápis** o tom, zda byl lék dítěti/žákovi/účastníkovi vzdělávacího zařízení podán nebo byl vykonán dohled nad jeho užitím. Záznam musí obsahovat datum, čas, dávku (pokud je podána), jméno dítěte/žáka/účastníka vzdělávacího zařízení a podpis pověřeného zaměstnance školy. Pokud dítě/žák/účastník vzdělávacího zařízení odmítne lék přijmout, pověřený zaměstnanec školy informuje prostřednictvím **školy online** zákonné zástupce.

Podání léku typu Kinedryl je výhradně **na základě individuální dohody** mezi zákonným zástupcem a školou a je považováno za **jednorázové pověření** s omezenou platností pouze pro danou akci.

V. ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

1) Tato vnitřní směrnice je v souladu s Vnitřním řádem školní družiny i se Školním řádem ZŠ a je závazná pro všechny zaměstnance ZŠ. Se směrnicí musí být **prokazatelně seznámeni všichni zaměstnanci ZŠ a rovněž zákonní zástupci.**
2) Veškerá opatření jsou při běžném provozu ve škole/školském zařízení (výuka, pobyt v ŠD, zájmovém kroužku, akce v rámci města) platná jeden školní rok, nebo pokud nedojde ke změně zdravotního stavu. Při akcích s odlišným režimem (např. školy v přírodě, lyžařský výcvikový kurz, zahraniční zájezdy, ale i školní výlety atd.) je třeba **nová individuální dohoda** zúčastněných stran s přesně stanovenými podmínkami.
3) Směrnice je závazná pro všechny zaměstnance školy. Nedodržování, obcházení či ignorování směrnice a v ní stanovených postupů bude považováno za **závažné porušení pracovních povinností** zaměstnance v souladu s ustanovením § 52 písm. g) zákoníku práce, neboť může dojít k ohrožení zdravotního stavu žáka/účastníka zájmového vzdělávání.
4) Ředitel školy zodpovídá za:
    a) aktualizaci vnitřní směrnice v souladu s platnou legislativou,
    b) vedení související dokumentace,
    c) proškolení zaměstnanců v oblasti podávání léků a poskytování první pomoci.

V Kralupech nad Vltavou dne 4. 9. 2026

_____

Mgr. Vít Mareš, ředitel

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Žádost zákonných zástupců o uskladnění léku

Příloha č. 2: Žádost zákonných zástupců o podávání léku

Příloha č. 3: Žádost zákonných zástupců o dohled nad podáváním léku

Příloha č. 4: Lékařské doporučení

Příloha č. 5: Dohoda o podávání léku

Příloha č. 6: Dohoda dohledu nad podáváním léku

Příloha č. 7: Záznam o uskladnění jednorázového léku

Příloha č. 8: Záznam o uskladnění léku pravidelně užívaných

Příloha č. 9: Záznam o podání léku

Příloha č. 10: Záznam o dohledu nad podáním léku

Příloha č. 11: Písemné pověření a souhlas zákonného zástupce

Příloha č. 12: Záznam o podání nebo dohledu nad podáním léku proti kinetóze

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 1**

ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O USKLADNĚNÍ LÉKU VE ŠKOLE / ŠKOLSKÉM ZAŘÍZENÍ

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Žádám, aby mému dítěti byl uskladněn lék _____

z důvodu _____

V _____ Dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Datum přijetí žádosti školou: _____

_____

Vyjádření ředitele školy k žádosti:

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 2**

ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O PODÁVÁNÍ LÉKU VE ŠKOLE / ŠKOLSKÉM ZAŘÍZENÍ

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Žádám, aby mému dítěti byl podán lék: _____

z důvodu _____

formou (způsob podání) _____

Lék bude podáván - pravidelně
(nehodící se škrtněte) - v akutním stavu v rámci první pomoci, dítě musí mít lék u sebe

V případě pravidelného podávání uveďte čas podání léku:

V _____ Dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Datum přijetí žádosti školou: _____

_____

Vyjádření ředitele školy k žádosti:

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 3**

ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O DOHLED NAD PODÁVÁNÍM LÉKUVE ŠKOLE / ŠKOLSKÉM ZAŘÍZENÍ

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Žádám, aby byl u mého dítěte prováděn dohled v době, kdy si samostatně bere

lék: _____

z důvodu _____

formou (způsob podání) _____

Lék bude podáván - pravidelně
(nehodící se škrtněte) - v akutním stavu v rámci první pomoci

V případě pravidelného podávání uveďte čas podání léku:

V _____ Dne _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Datum přijetí žádosti školou: _____

Vyjádření ředitele školy k žádosti:

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Příloha č. 4

LÉKAŘSKÉ DOPORUČENÍ

k žádosti o podávání / o dohledu nad podáváním léku ve škole či školském zařízení

Účel vydání: **Vyjádření/potvrzení pro školu a školské zařízení o zdravotním stavu dítěte a nutnosti podávané medikace.**

Název poskytovatele zdravotních služeb vydávajícího doporučení.

Jméno a příjmení dítěte, pro které se lékařské doporučení vydává:

Datum narození dítěte:

Důvod medikace:

Medikace (název léku, dávkování, způsob podání, čas podání):

V …… Dne: ……,

Razítko a podpis lékaře, který vydává vyjádření/potvrzení:

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 5**

DOHODA O PODÁVÁNÍ LÉKU

žákovi / účastníkovi zájmového vzdělávání
a pověření osoby k podávání léku pravidelně užívaného

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání, kterému je podáván lék (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Pověřený pracovník, který svým podpisem stvrzuje, že dobrovolně souhlasil s podáváním léku dítěti *ve škole x školském zařízení x na mimoškolní akci* (nehodící se, škrtněte)**:**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Zákonný zástupce, pověřený pracovník a ředitel školy uzavřeli dne _____ dohodu o podávání léku dítěti, která je platná do _____, pokud nenastanou změny, které by měly významný vliv na podávání léku (např. změna léku, změna dávkování, atd.).

Podávaný lék:

název léku: _____

dávkování léku: _____

způsob podání léku: _____

čas podání léku: _____

Lék bude uskladněn _____

Přílohou této dohody je lékařské potvrzení ze dne: _____

Svým podpisem potvrzuji, že této dohodě rozumím a souhlasím s ní.

Svůj souhlas mohu kdykoli písemně odvolat.

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis pověřeného pracovníka: _____

Podpis ředitele školy: _____

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 6**

DOHODA O DOHLEDU NAD PODÁVÁNÍM LÉKU

dítěti / žákovi / účastníkovi zájmového vzdělávání
a pověření osoby k dohledu nad podáváním léku pravidelně užívaného

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání, kterému je podáván lék (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Pověřený pracovník, který svým podpisem stvrzuje, že dobrovolně souhlasil s dohledem nad podáváním léku dítěti *ve škole x školském zařízení x na mimoškolní akci* (nehodící se, škrtněte)**:**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Zákonný zástupce, pověřený pracovník a ředitel školy uzavřeli dne _____ dohodu o dohledu nad podáváním léku dítěti, která je platná do _____, pokud nenastanou změny, které by měly významný vliv na podávání léku (např. změna léku, změna dávkování, atd.).

Podávaný lék:

název léku: _____

dávkování léku: _____

způsob podání léku: _____

čas podání léku: _____

Lék bude mít dítě neustále u sebe. Zákonný zástupce odpovídá za správnost léku a dobu expirace.

Přílohou této dohody je lékařské potvrzení ze dne: _____

Svým podpisem potvrzuji, že této dohodě rozumím a souhlasím s ní.

Svůj souhlas mohu kdykoli písemně odvolat.

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis pověřeného pracovníka: _____

Podpis ředitele školy: _____

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 7**

ZÁZNAM O USKLADNĚNÍ JEDNORÁZOVÉHO LÉKU

lék první pomoci

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání, kterému je podáván lék (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Pověřený pracovník, který svým podpisem stvrzuje, že dobrovolně souhlasil s převzetím léku:

Příjmení a jméno: _____

Zákonný zástupce předává dne _____ pověřenému pracovníkovi lék

název léku: _____

množství léku: _____

doba expirace: _____,

aby jej v případě akutního stavu u dítěte bylo možné podat.

Zákonný zástupce svým podpisem stvrzuje, že si je vědom toho, že škola v případě akutního stavu u dítěte bude PRVNĚ VOLAT 155 – ZDRAVOTNICKOU ZÁCHRANNOU SLUŽBU a dle instrukcí dispečinku zdravotnické záchranné služby postupovat, případně dle jejich rozhodnutí bude aplikovat lék první pomoci.

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis pověřeného pracovníka: _____

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 8**

ZÁZNAM O USKLADNĚNÍ LÉKU PRAVIDELNĚ UŽÍVANÉHO

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání, kterému je podáván lék (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Pověřený pracovník, který svým podpisem stvrzuje, že dobrovolně souhlasil s převzetím léku:

Příjmení a jméno: _____

Zákonný zástupce předává dne _____ pověřenému pracovníkovi lék

název léku: _____

množství léku: _____

doba exspirace: _____,

aby jej dítěti pravidelně dle uzavřené dohody k podávání léku bylo možné podat.

Pověřený pracovník svým podpisem stvrzuje, že lék převzal, uskladní jej dle návodu v příbalovém letáku a zabezpečí před jeho zneužitím.

Podpis zákonného zástupce: _____

Podpis pověřeného pracovníka: _____

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 9**

ZÁZNAM O PODÁNÍ LÉKU

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání, kterému je podáván lék (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Název léku: _____

Dávkování léku: _____

Pověřený pracovník, který lék dobrovolně dle dohody o podávání léku podává:

Příjmení a jméno: _____

Datum podání	Hodina podání	Podpis pověřeného pracovníka

Datum podání	Hodina podání	Podpis pověřeného pracovníka

Po zaplnění odevzdat zástupci ředitele školy.

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 10**

ZÁZNAM O DOHLEDU NAD PODÁNÍM LÉKU

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání, kterému je podáván lék (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Název léku: _____

Dávkování léku: _____

Pověřený pracovník, který dobrovolně dle dohody dohlíží nad podáváním léku:

Příjmení a jméno: _____

Datum podání	Hodina podání	Podpis pověřeného pracovníka

Datum podání	Hodina podání	Podpis pověřeného pracovníka

Po zaplnění odevzdat zástupci ředitele školy.

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 11**

ŽÁDOST ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O JEDNORÁZOVÉ PODÁNÍ LÉKU

V PŘÍPADĚ KINETÓZY PŘI JÍZDĚ HROMADNÝM DOPRAVNÍM PROSTŘEDKEM

Zákonný zástupce:

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Dítě / žák / účastník zájmového vzdělávání (dále jen dítě**):**

Příjmení a jméno: _____

Datum narození: _____

Žádám tímto, aby mému dítěti byl před cestou podán lék, který zabraňuje kinetóze v hromadném dopravním prostředku.

Název léku: _____

Den / dny podání léku: _____

Lék předávám spolu s žádostí pracovníkovi školy:

Příjmení a jméno: _____

Podpis zákonného zástupce: _____

Dne: _____

Základní škola a Mateřská škola Kralupy nad Vltavou, Třebízského 523, okres Mělník, příspěvková organizace
se sídlem: Třebízského 523, Lobeček, 278 01 Kralupy nad Vltavou,
Tel.: 311 284 904 E-mail: skola@trebik.cz IČO: 71009949 ID DS: irkmntm

Č.j.: **Příloha č. 12**

ZÁZNAM O PODÁNÍ NEBO DOHLEDU NAD PODÁNÍM LÉKU PROTI KINETÓZE

Název léku: _____

Pověřený pracovník, který dobrovolně podává lék proti kinetóze nebo dohlíží nad jeho podáváním:

Příjmení a jméno: _____

Jméno dítěte	Datum podání	Dávkování	Hodina podání	Podpis pověřeného pracovníka

Po skončení podávání odevzdat zástupci ředitele školy.