**OŚWIADCZENIE**

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

**W I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM Z ODDZIAŁAMI DWUJĘZYCZNYMI IM. JANA DŁUGOSZA W NOWYM SĄCZU.**

**(nazwa szkoły)**

Imię i nazwisko ucznia szkoły.................................................................................. klasa………………

Data urodzenia .......................................................

Imię i nazwisko rodziców lub opiekunów prawnych ucznia:

- …………………………..………………………………….

- …………………………..………………………………….

Stosowne 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)