**OŚWIADCZENIE**

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

**W …………………………………………………………………………………………………………………..**

**(nazwa szkoły)**

Imię i Nazwisko ucznia szkoły ..................................................................

Klasa …………………………………………………..……………

Data urodzenia ucznia szkoły ..................................................................

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)*