



**SOGLASJE STARŠEV, DA STROKOVNI DELAVCI DAJO ZDRAVILO OTROKU**

Podpisani \_\_\_\_\_ (ime in priimek) dajem soglasje strokovnim delavcem šole, da v primeru epileptičnega napada mojega otroka \_\_\_\_\_ (ime in priimek otroka) dajo zdravilo \_\_\_\_\_ (naziv zdravila), ki sem ga dne \_\_\_\_\_ prinesel/la v šolo.

Pripis:

---

---

---

---

---

---

---

---

Škofja Loka, dne \_\_\_\_\_

Podpis staršev

---

