

Beiðni um lyfjagjöf nemanda á skólatíma

Berist á skrifstofu Hörðuvallaskóla

Nafn barns: _____ bekkur: _____

Lyfjaheiti: _____

Skammtur: _____

Tími lyfjagjafar: _____

Við undirritaðir forsjáraðilar óskum eftir að lyf séu gefin á skólatíma samkvæmt ofangreindum fyrirmælum. Við munum sjá til að ávallt sé nægilegt magn lyfja til staðar í skólanum og í þeim skömmtum sem á að taka hverju sinni. Ef lyfjabreytingar verða þarf að endurnýja þennan samning.

Dags: _____

Forsjáraðili/forsjáraðilar:

Skólinn tekur aðeins ábyrgð á lyfjagjöfum sem sótt hefur verið um með formlegum hætti. Skólinn tekur ekki ábyrgð á skorti á lyfjum eða inntöku þeirra ef börn skila sér ekki á skrifstofu. Gerð er krafa um undirritun beggja forsjáraðila ef barnið býr á tveimur heimilum. Forsjáraðilar þurfa að ná í lyf sem eru á skrifstofu skólans í lok hvers skólaárs.

Lyfin verða geymd með öruggum hætti í skólanum.