**OŚWIADCZENIE**

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

**w Młodzieżowym Ośrodku Wychowawczym w Rudach**

Imię i Nazwisko ucznia/wychowanka ................................................................

Klasa/grupa wychowawcza …………………………………………………..……………

Data urodzenia ucznia/wychowanka ...............................................................

Imię i Nazwisko rodziców lub opiekunów prawnych ucznia/wychowanka:

− ……………………………………………….………………………

− ……………………………………………….………………………

**Stosowne zaznaczyć krzyżykiem:**

□ **TAK**, wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku w szkole/internacie pod nadzorem pielęgniarki tabletki jodku potasu w przypadku zagrożenia radiacyjnego – za wezwaniem instytucji ochrony zdrowia – i potwierdzam, że nie są mi znane żadne niezgodności i przeciwwskazania do przyjmowania tabletek jodku potasu przez moje dziecko. Biorę pełną odpowiedzialność za podanie jodku potasu przez osoby wyznaczone w szkole w momencie zagrożenia. Oświadczam, że zapoznałem się z ulotką zamieszczoną na stronie internetowej placówki i są mi znane zalecenia i przeciwwskazania do przyjęcia leku.

□ **NIE**, nie wyrażam zgody.

(data i czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)