Начальнику медицинской службы

АНО «ОДООЛ «Остров детства»

Тропиной Е.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. родителя)

родителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. ребенка)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу осуществлять выполнение лечебных процедур моему ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. ребенка)

ученику \_\_\_\_\_\_\_ класса, школы № \_\_\_\_\_\_\_ отдыхающему в лагере «Остров детства» с помощью лекарственных препаратов, назначенных врачом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. врача)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование лекарственного препарата** | **Схема приема препарата** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Копию листа назначения прилагаю.

Лекарственные препараты передаю в аптечной упаковке с читаемой надписью о дате изготовления и сроке годности.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Расшифровка