

.....  
(pieczęć szkoły)

## PROCEDURA POSTĘPOWANIA Z UCZNIEM PRZEWLEKLE CHORYM

Opracowana dla ..... ucznia klasy .....  
/imię i nazwisko ucznia/

1. Uczeń choruje na .....
2. Jest to choroba przewlekła potwierdzona przez .....
3. Objawy choroby:
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
4. Zalecenia dla pracowników szkoły (podczas zajęć organizowanych przez szkołę):
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
5. Działania zabronione wobec ucznia (podczas zajęć organizowanych przez szkołę):
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
6. Ograniczenia dla ucznia związane z chorobą:
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
7. Zalecenia w sytuacji zaostrzenia objawów lub ataku choroby:
  - a. ....

b. ....

c. ....

8. Działania zabronione w przypadku zaostżenia objawów lub ataku choroby:

a. ....

b. ....

c. ....

9. W sytuacji zagrożenia zdrowia szkoła niezwłocznie informuje i wzywa:

a. Rodziców ucznia.....

(imię, nazwisko, kontakt.)

b. Lekarza prowadzącego .....

(imię, nazwisko, kontakt.)

c. ....

(imię, nazwisko, kontakt.)

d. Pogotowie ratunkowe – w przypadku, gdy rodzic nie może bezzwłocznie odebrać dziecka ze szkoły lub gdy jest to konieczne w ocenie pracowników szkoły.

10. Wszyscy pracownicy szkoły są zobowiązani do bezwzględnego stosowania, a rodzice do respektowania ustaleń i natychmiastowego informowania o konieczności zmian w procedurze wynikających ze zmian w stanie zdrowia ucznia.

.....  
*/ miejscowość i data/*

.....  
*/podpis rodziców ucznia/*

.....  
*/podpis dyrektora szkoły/*

Załącznik nr 2  
do Procedury postępowania z uczniem przewlekle chorym  
w Akademickim Liceum Ogólnokształcącym w Terespolu  
stanowiącej Załącznik do Zarządzenia nr 79/2023  
Dyrektora Akademickiego Liceum Ogólnokształcącego w Terespolu  
z dnia 08.06.2023r.

.....  
(pieczęć szkoły)

.....  
(miejscowość, data)

## UPOWAŻNIENIE RODZICÓW DO PODANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

Upoważniam Panią/Pana

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

do podawania leków mojemu dziecku

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość podawania/godzina	Okres leczenia

Do upoważnienia dołączam aktualne zaświadczenie lekarskie o konieczności podawania leku.

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Załącznik nr 3  
do Procedury postępowania z uczniem przewlekle chorym  
w Akademickim Liceum Ogólnokształcącym w Terespolu  
stanowiącej Załącznik do Zarządzenia nr 79/2023  
Dyrektora Akademickiego Liceum Ogólnokształcącego w Terespolu  
z dnia 08.06.2023r.

.....  
(miejsowość, data)

**ZGODA NAUCZYCIELA/PACOWNIKA SZKOŁY  
NA PODANIE LEKÓW DZIECKU Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ**

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika)

Wyrażam zgodę na podawanie leków

.....  
(imię i nazwisko ucznia)

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość podawania/godzina	Okres leczenia

Oświadczam, że zostałam/em poinformowany o sposobie podania leku.

.....  
(imię i nazwisko nauczyciela/pracownika szkoły)