

VELİNİN ADI SOYADI:

…………………………………………………

TARİH:

…………………………………….……………

İMZA:

…………………………………….……………

**DMO KREŞ VE ANAOKULU REVİRİ
ÇOCUK İLAÇ UYGULAMA FORMU**

ÇOCUĞUN ADI-SOYADI: .................................................................................................

ÇOCUĞUN SINIFI: ...........................................................................................................

UYGULANMASI İSTENEN İLACIN:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ADI | SAATİ | DOZU |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

İLACIN OKULDA VERİLMESİNİ İSTEDİĞİNİZ TARİH ARALIĞI:

......./......./........... - ......./......./...........

OKULA GÖNDERİLEN İLAÇ EĞER EVDE DE UYGULANDI İSE SON UYGULAMA SAATİ:
............................................................................................................................................

İLACIN HANGİ HASTALIKTAN DOLAYI VERİLDİĞİNE DAİR BİLGİ:

............................................................................................................................................