

VELİNİN ADI SOYADI:

…………………………………………………

TARİH:

…………………………………….……………

İMZA:

…………………………………….……………

**TED ANKARA KOLEJİ VAKFI ÖZEL ANAOKULU REVİRİ
ÖĞRENCİ İLAÇ UYGULAMA FORMU**

ÖĞRENCİNİN ADI-SOYADI: .................................................................................................

ÖĞRENCİNİN SINIFI: ...........................................................................................................

OKULDA VERİLMESİ İSTENEN İLACIN ADI: ..........................................................................

İLACIN UYGULANMASI İSTENEN SAATLER:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

İLACIN UYGULAMA 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:

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

İLACIN AYNI GÜN GERİ GÖNDERİLMESİ İSTENİYOR MU? .................................................