



Beiðni um lyfjagjöf í leikskóla

Nafn barns:	Kennitala:
-------------	------------

Hvers vegna þarf barnið að fá lyfið?

Heiti lyfs:	Skammtastærð:
-------------	---------------

Hafnarfirði _____
dagsetning

Undirskrift foreldris

Undirskrift leikskólastjóra/deildarstjóra