



T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI
İşyeri Sağlık ve Güvenlik Birimi

VELİ İLAÇ ONAM FORMU

Döküman No :
Yayın No :
Yayın Tarihi :
Revizyon Tarihi :
Revizyon Sayısı :
Sayfa No :
Kurum/Birim Kodu:

Okulunuz öğrencilerinden velisi bulunduğum İsimli
..... Şubede eğitim alan öğrencinin ilgili sağlık kuruluşu tarafından reçete edilen
ve okul saatlerinde kullanılması gereken ilaçları, dozları ve uygulanması gereken
saatleri aşağıda listelenmiştir. Bu ilaçların ilgili sağlık kuruluşu tarafından reçete
edildiğini ve aşağıda belirtilen şekilde kullanılması gerektiğini ve doğruluğunu beyan
eder;

Okul Hemşiresi veya diğer görevli personel tarafından ilaçların
verilmesi/uygulanması için gerekli izin tarafımdan verilmiştir.

İLAÇ ADI	DOZU(mg)	VERİLECEĞİ/UYGULANACAĞI SAATLER

Yukarıda yazdığım ilaçların verilmesi/uygulanmasında sakınca bulunmadığını arz ederim.

Öğrenci Velisinin
Adı Soyadı

İmza
...../...../20...
...

NOT: Diğer görevli personel; ilgili sınıf öğretmeni, nöbetçi öğretmen, pansiyonlu okullarda görev alan belletmen öğretmen ve okul yönetimi tarafından yetkilendirilen öğretmenler olabilmektedir.