

PÍSEMNÝ SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE – ošetření

pro LT Svojšín

v souladu s ustanovením zákona 372/2011Sb.

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Bydliště:

Termín tábora:

Zákonný zástupce:

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Telefon:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného dítěte souhlasím, aby moje dítě bylo vyšetřeno – ošetřeno (byla poskytnuta lékařská péče) v doprovodu dospělé osoby, pracovníka letního tábora (zdravotník, vedoucí).

Zároveň souhlasím, aby této osobě byly poskytnuty informace o aktuálním zdravotním stavu, užívání léků a dalším ošetřování dítěte.

V případě nutnosti pro dítě přijedu.

.....

datum

.....

podpis zákonného zástupce