

Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte _____

Datum narození _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na letním táboře Agentury TAPAZA s.r.o., bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu letního tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

Dne

Podpis zákonného zástupce dítěte