

## Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce \_\_\_\_\_

Tel. kontakt na zák. zástupce: \_\_\_\_\_

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na letním táboře, 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/zdravotního pracovníka/pracovníka integrovaného záchranného systému. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

Dne .....

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce dítěte