

Souhlas zákonného zástupce s ošetřením dítěte

Já, níže podepsaný/á

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Bydliště:

Telefonní kontakt:

tímto uděluji souhlas s tím, aby v případě náhlého onemocnění nebo úrazu mého dítěte byl/a:

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

v případě nutnosti ošetřen v lékařském zařízení, a to i bez mé osobní přítomnosti.

Souhlasím s poskytnutím nezbytné lékařské péče, včetně ošetření, převozu do nemocnice a provedení nutných lékařských úkonů dle uvážení ošetřujícího lékaře.

Tento souhlas platí po dobu trvání akce:

.....

V dne

.....

Podpis zákonného zástupce