Souhlas s ošetřením dítěte

Jméno dítěte: .....

Datum narození …….

Adresa trvalého bydliště……..

Telefonní kontakt na rodiče po dobu pobytu…….

Po dobu konání soustředění/kempu souhlasím s ošetřením dítěte lékařem či zdravotníkem případně s ošetřením ve zdravotnickém zařízení.
O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.

V ..... dne .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce ……

podpis zákonného zástupce …….....