



SOUHLAS S OŠETŘENÍM DÍTĚTE

pro LT oddíl Duha Kapka, konaný na tábořišti v Severní u Lobendavy konaný v termínu od 14. srpna 2021 do 28. srpna 2021

Příjmení a jméno dítěte: _____ Rodné číslo: _____

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

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

Příjmení a jméno 1. zákonného zástupce (matky): _____

Datum: _____ Podpis: _____

Příjmení a jméno 2. zákonného zástupce (otce): _____

Datum: _____ Podpis: _____