

Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucím/zdravotníkovi akce:

V době konání letního Fantasy tábora 2023, tj. od 24.7.2023 do 6.8.2023 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna (jméno a příjmení), nar. ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“) paní Gabriele Rohové, nar. 19.11.1993, bytem Slnčná 6, Turčianske Teplice, Slovensko.

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

telefonní číslo:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

telefonní číslo:

V dne.....

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

.....
příjmení, jméno

.....
příjmení, jméno

.....
podpis

.....
podpis