



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