

LT Vlčice



Příloha 2: souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce:

V době konání LT Vlčice, tj. od 29. 6. 2024 do 13. 7. 2024 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery
(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“)

panu/paní,
nar.,
bytem

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:

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

V dne:

.....
příjmení, jméno

.....
příjmení, jméno

.....
podpis

.....
podpis