



Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno, příjmení dítěte:	
Datum narození dítěte:	
Adresa místa trvalého pobytu dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce:	
Telefonní kontakt:	

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na letním táboře pořádaném ZŠ, ZUŠ a MŠ Frýdlant v době od 13. 7. do 19. 7. 2019 bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu letního tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

Datum a podpis zákonného zástupce dítěte