**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 zimním táboře pořádaném ZŠ, ZUŠ a MŠ Frýdlant v době od 19. 2. do 26. 2. 2017 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 zimního tábora. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum a podpis zákonného zástupce dítěte