

SOUHLAS S OŠETŘENÍM

Já, níže podepsaný/á (zákonný zástupce dítěte), souhlasím s účastí dítěte na letním táboře Spolku přátel GHOSTBUSTERS konaném v termínu **22.7. - 12.8.2023.**

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Jméno a příjmení dítěte zákonného zástupce

Rodné číslo dítěte

Dále souhlasím s tím, aby zdravotník sdělil informace o zdravotním stavu dítěte dalším členům sdružení (např. kuchaři, vedoucí, praktikant, atp.) v nezbytné míře, a aby sdělil veškeré nezbytné informace lékaři/zdravotnímu odborníkovi v případě lékařského ošetření.

Také souhlasím s předáním dítěte, po jeho vyšetření či ošetření, zdravotníkovi tábora, nebo jím pověřené osobě (např. kuchaři, vedoucí, praktikant, atp.).

Tento souhlas je udělován jen na dobu trvání letního tábora Spolku přátel GHOSTBUSTERS, který se koná v termínu od **22.7. do 12.8.2023.**

.....
Podpis zákonného zástupce