

SKILLZ PARKOUR CAMP 14.7. -20. 7. 2024

Jméno a příjmení účastníka:

Datum narození účastníka:

Bydliště:.....

SOUHLAS – ZMOCNĚNÍ RODIČŮ (zákonných zástupců)

s poskytováním informací o zdravotním stavu nezletilého dítěte jiné osobě;
určení osoby přítomné při poskytování zdravotních služeb nezletilému;
zmocnění k udělování písemného informovaného souhlasu s poskytnutím
zdravotních služeb.

Jako rodič (zákonný zástupce) výše jmenovaného nezletilého dítěte určuji
(zmocňuji) k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností ve
smyslu zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších
předpisů hlavního vedoucího a zdravotníka, popř. ostatní oddílové vedoucí
výše uvedeného tábora jako osobu/y, na jejíž nepřetržitou přítomnost má
naše nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb. Dále
souhlasím, aby výše uvedeným osobám byly poskytovány informace o
zdravotním stavu našeho nezletilého dítěte a na jejich základě uvedené
osoby zmocňujeme k udělení písemného informovaného souhlasu s
poskytnutím zdravotních služeb.

Souhlas – zmocnění platí v období 14. - 20. Července 2024 - kdy se naše
dítě zúčastní tábora bez přítomnosti nás rodičů.

Prohlášení vydal(a)

Jméno a příjmení:.....

Vztah k dítěti:.....

Bydliště:.....

Telefon:.....

V..... Podpis.....

dne.....