LT Vlčice

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

V době konání LT Vlčice, tj. od 28. 6. 2025 do 12. 7. 2025 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