

S O U H L A S S O Š E T Ř E N Í M D Í T Ě T E

pro LT Klondike v Severní u Lobendavy konaný v termínu
od 13. července 2024 do 27. července 2024

Příjmení a jméno dítěte:

Datum narození:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného dítěte souhlasím, aby moje dítě bylo vyšetřeno – ošetřeno (byla mu poskytnuta lékařská péče) v doprovodu dospělé osoby, pracovníka letního tábora (vedoucí, zdravotník).

Zároveň souhlasím, aby této osobě byly poskytnuty informace o aktuálním zdravotním stavu, užívání léků a dalším ošetřování dítěte.

Příjmení a jméno
zákonného zástupce
(matky):

Datum:

Podpis:

Příjmení a jméno
zákonného zástupce (otce):

Datum:

Podpis: