

Jméno příjmení .....

Datum narození ..... Zdravotní pojišťovna .....

Oba zákonní zástupci dítěte souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb podle zákona č.372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to poskytnutí zdravotních služeb, které mohou podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.

Veškeré změny zdravotního stavu do doby odjezdu na akci budou oznámeny vedoucímu tábora.

V Praze, dne .....

Podpis zákonného zástupce dítěte .....

Podpis zákonného zástupce dítěte .....