

**Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte
vedoucímu/zdravotníkovi akce:**

V době konání LT 2019 Kalek, tj. od _____ do _____ 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“)

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto
telefonních číslech:

Příjmení, jméno: _____ , telefonní číslo: _____

Příjmení, jméno: _____ , telefonní číslo: _____

V dne

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

.....
příjmení, jméno

.....
příjmení, jméno

.....
podpis

.....
podpis