Tuto část odevzdejte v den nástupu Vašeho dítěte na tábor. Nevyplňujte, prosím údaje komu bude poskytována informace, , bude dopsána dospělá osoba (zdravotník, vedoucí), který dle aktuální situace dítě k lékaři doprovodí.

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

V době konání LT Skryje 2024, tj. od 6. 7. 2024 do 13. 7. 2024 souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery ………………………………………… (jméno, příjmení), narozené/mu……..……………………………………………….…………………….

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: ………………………

Příjmení, jméno: ………………………………, telefonní číslo: ………………………

V ………………… dne………………………

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

 ………………………………… ………………………………

 příjmení, jméno příjmení, jméno

 ………………………………… ………………………………

 podpis podpis