

Souhlas zákonných zástupců s ošetřením nezletilé osoby

Jméno a příjmení nezletilé osoby:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Bydliště:

Akce: škola v přírodě 27.05.2024 – 01.06.2024*

10.06.2024 – 15.06.2024*

15.06.2024 – 20.06.2024*

Zdravotníci akce:

Mgr. Lenka Hůrková, Bc. Jana Fingrová, DiS.

PhDr. Martina Thumsová, Mgr. Marie Pincová

Mgr. Jana Benešová, Mgr. Bc. Jindra Janušková

Jako zákonný zástupce výše uvedené nezletilé osoby souhlasím s poskytnutím zdravotnických služeb, poskytnutí nezbytné péče k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví, poskytnutí neodkladné péče první pomoci, nezbytně nutné hospitalizace se související nezbytnou zdravotní péčí apod.

*Nehodící se prosím škrtněte.

Datum udělení souhlasu:

.....

Podpis zákonného zástupce