

# TÁBOR ARCHA z . s .

## Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce a souhlas s ošetřením

Vyplní zákonní zástupci nezletilého účastníka akce

V době konání akce pořádané TÁBOREM ARCHA z. s., IČO 144 07 426 ve dnech 22.7. - 29.7.2023 souhlasím/-e s poskytováním informací o zdravotním stavu, doprovod do zdravotnického zařízení a odvoz zpět do tábora 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“) vedoucím tábora:

- Lenka Demjanová nar. 5.8.1981
- Martině Atherden 8.2.1976
- Julii Bechynové nar. 22.06.1971

Po dobu trvání tábora dále souhlasím/e s ošetřením dítěte lékařem, táborovým zdravotníkem či s ošetřením ve zdravotnickém zařízení.

O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého – viz Přihláška dítěte na tábor.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis + jméno a příjmení hůlkovým písmem

\_\_\_\_\_  
Podpisy zákonných zástupců nezletilého (žijících ve společné domácnosti):