

## Souhlas s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte a určení osoby přítomné při poskytování zdravotních služeb nezletilému

Souhlasím s tím, aby pro mého nezletilého syna/dceru

Jméno a příjmení: , datum narození

byli po dobu konání tábora (od  do ) níže uvedení:

Jméno a příjmení: , datum narození

Jméno a příjmení: , datum narození

a) osobou, které mají být poskytovány informace o zdravotním stavu nezletilého ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“),

b) osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má nezletilý právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1. zákona o zdravotních službách.

### Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého

V případě nutnosti prosím kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto tel. číslech:

Jméno a příjmení: , telefonní číslo:

Jméno a příjmení: , telefonní číslo:

V  dne

podpis zákonného zástupce nezletilého