**SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE**

**A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU**

Jméno a příjmení dítěte: ………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………………………………………………………………..

Adresa trvalého pobytu: …………………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………………………………………………Jméno matky (zákonného zástupce): …………………...………...….., datum narození: ………………….

tel.: …………….…………

Jméno otce (zákonného zástupce): …………………...…………..….., datum narození: ………………….

tel.: …………….…………

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilé/ho uděluji souhlas k tomu, aby během pobytu na letním táboře Luchurpánie byly v případě potřeby poskytnuty nezletilé/mu zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž beru na vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý/á hospitalizován/a ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem tábora, umožní-li to zdravotní stav dítěte.

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte osobě pověřené organizátorem tábora.

Organizátor tábora se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání tábora, to znamená v období 19.7.-2.8.2025.

Místo udělení souhlasu: ………………………….

Datum udělení souhlasu: …………………………

Podpis zákonného zástupce: ………………………………………..