

# Plná moc zákonného zástupce k ošetření dítěte

Léto 2021

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce

\_\_\_\_\_

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na letním táboře Dt Fáborek organizovaným spolkem Česká unie letních táborů, z. s. bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem či zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby - člena personálu letního tábora. Souhlasím s tím, aby o zdravotním stavu mého dítěte byl odpovědný člen personálu letního tábora informován a mohl mé dítě následně převzít do péče a odvézt zpět do místa konání letního tábora, pokud to stav dovolí. Zároveň žádám, abych byl/a neprodleně o nutnosti ošetření informován/a.

V .....

Dne .....

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce dítěte