

PLNÁ MOC K OŠETŘENÍ NEZLETILÉHO PACIENTA

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

Adresa:

My, níže podepsaní rodiče / zákonní zástupci:

1. Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa (liší-li se od adresy dítěte):

2. Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa (liší-li se od adresy dítěte):

Zmocňujeme zdravotníka zotavovací akce pro mládež shora uvedeného dítěte paní Terezu Foglarovou, *nar. xxxxxx, bydlištěm xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx*, slečnu Annu Kovandovou, *nar. xxxxx, bydlištěm xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx* a slečnu Soňu Opeltoovou, *nar. xxxxxx, bydlištěm xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx* k tomu, aby

obdržely informace o zdravotním stavu dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách;

doprovodily a dopravily mé dítěte k ošetření do lékařského zařízení mimo tábor.

Tato plná moc platí po dobu letního tábora od 29.6. - 19.7. 2025.

V, dne

.....
1. Zákonný zástupce

.....
2. Zákonný zástupce

Pokud máme kontaktovat jiného rodinného příslušníka v případě změny zdravotního stavu, úrazu či nedodržování táborového řádu během doby tábora (např. z důvodu pobytu mimo ČR během konání akce) připište prosím další kontakt včetně jména, telefonního čísla a vztahu k dítěti.

Kontaktní osoba v případě nemožnosti kontaktovat zákonné zástupce

Jméno a příjmení:

Telefonní číslo:

Vztah k dítěti: