

## Souhlas s ošetřením dítěte – plná moc

**Já** ..... zákonný zástupce dítěte

bytem: .....

telefonní kontakt: .....

**tímto souhlasím, aby mé dítě:** .....

narozené dne: .....

bylo po dobu pobytu na lyžařském kurzu pořádaném ZŠ a MŠ Raduň v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu ZŠ a MŠ Raduň. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

Plnou moc uděluji na dobu konání lyžařského kurzu v termínu 19. 2. – 24. 3. 2023.

V Raduni 18. 2. 2023

podpis zákonného zástupce