

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 8. 2. – 13. 2. 2026.

V

podpis zákonného zástupce

Dne.....