

## PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ DÍTĚTE: .....

DATUM NAROZENÍ: .....

BYDLIŠTĚ: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Bydliště: .....

Telefon: ..... Datum narození: .....

### 1) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

aby člen spolku "Hurá do přírody z.s." činný na táboře "Avengers" mohl v průběhu konání tábora nahlížet do zdravotní dokumentace mého dítěte a pořizovat si výpisy či kopie této dokumentace a zároveň mu mohou být sdělovány informace o zdravotním stavu dítěte.

### 2) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

s poskytnutím zdravotních služeb mému dítěti podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to k poskytnutí zdravotních služeb, které NEMOHOU podstatným způsobem negativně ovlivnit další zdravotní stav pacienta nebo kvalitu jeho života.

### 3) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

že kvalifikovaný zdravotník činný na táboře "Avengers" může v případě potřeby podat mému dítěti volně prodejné léky s výjimkou těchto:

.....  
.....

### 4) SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM

s případným použitím fotografií z tábora "Avengers", na kterých je zachyceno mé dítě, pro propagační účely spolku Hurá do přírody z.s.

V ..... dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce