

Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce:

V době konání LTŠ clogging pořádané CCCDCA v termínu souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery (jméno a příjmení), nar. ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“) panu/paní Marcele Ryšavé, nar. 8.9.1971, bytem: Mezi Mosty 71, 53003 Pardubice.

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

telefonní číslo:

Příjmení, jméno:, telefonní číslo:

telefonní číslo:

V dne.....

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

.....

příjmení, jméno

.....

příjmení, jméno

.....

podpis

.....

podpis