

Souhlas zákonných zástupců s poskytováním zdravotní péče dítěti a informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu, zástupci vedoucího a zdravotníkovi tábora

1. V době konání tábora (doplň název střediska a případně i oddílu), od

..... do souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého

syna/dcery, **nar.**

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů:

a. hlavnímu vedoucímu tábora: Zuzana Šrainerová, 30.09.1999, Návršní 357, Kamenice - Nová Hospoda

b. jeho zástupci: Jana Štruncová, 12.11. 2001, Lucemburská 30, Praha 3

c. zdravotníkovi tábora: Jana Štruncová, 12.11. 2001, Lucemburská 30, Praha 3

a určuji je tímto osobami, na jejichž přítomnost má nezletilá **dcera/syn** právo při poskytování zdravotních služeb ve smyslu ustanovení § 28 odst. 3 písm. e) bod 1., a to ve shora uvedeném období.

2. Souhlasím s tím, aby v případě potřeby byla **mé dceři/synovi** v době konání akce poskytnuta akutní péče ve smyslu § 5 odst. 1 písm. b) zákona o zdravotních službách bez mého souhlasu dle rozhodnutí lékaře.

3. Beru na vědomí, že v případě potřeby (určí tak lékař) se budu muset bezodkladně dostavit do příslušného zdravotnického zařízení k udělení souhlasu s poskytnutím zdravotnických služeb **mé nezletilé dceři/synovi** a zavazuji se poskytnout v této věci veškerou potřebnou součinnost.

4. Prohlašuji, že v případě zvláštních okolností, zejména onemocnění mého dítěte, zajistím jeho bezodkladný individuální odvoz z místa konání akce před stanoveným termínem ukončení akce.

Prohlašuji tímto, že v době konání akce je možné mne kontaktovat na tomto telefonním čísle:

Příjmení, jméno: telefonní číslo:

Příjmení, jméno: telefonní číslo:

Jsem si vědom, že je mou povinností informovat pořádající osobu o změně zdravotní způsobilosti a zdravotních obtížích dítěte (např. alergie, dieta, léky), zahrnující i povinnost předložit příslušné odborné vyjádření lékaře.

V případě úrazu nebo zhoršení zdravotního stavu souhlasím s ošetřením dítěte a s případným podáním volně dostupných léčiv.

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

..... podpis

V dne podpis