

Souhlas s ošetřením dítěte během konání fotbalového kempu

Jméno dítěte: …………………………………………………………………………………………..

Datum narozeni: ………………………………………………………………………………………

Telefonní kontakt na rodiče/zákonného zástupce po dobu pobytu:……………………..

Termín fotbalového kempu: od 18.8.2025 do 30.8.2025

Po dobu fotbalového kempu souhlasím s ošetřením dítěte lékařem, či zdravotníkem, případně s ošetřením ve zdravotnickém zařízení. O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič/zákonný zástupce urychleně telefonicky informován.

V………………………………..dne…………………………………….

Jméno a příjmení rodiče/zákonného zástupce: (tiskace)

…………………………………………………………………………………………………………………

Podpis rodiče/zákonného zástupce:……………………………………………………………..