

**SOUHLAS OSOBY PEČUJÍCÍ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE
PRACOVNÍKU AKCE PRO DĚTI**

PLATNÝ PO DOBU 1 ROKU OD DATA VYSTAVENÍ

SOUHLASÍM S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU NEZLETILÉHO DÍTĚTE V MÉ PÉČI

v souvislosti s jeho ošetřením / onemocněním v době akce pro děti pořádané organizací Cestou necestou

jméno dítěte		datum narození	
adresa bydliště			
přibližná výška a hmotnost dítěte			
alergie			
užívané léky (dávkování)			
ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů			
pracovníku akce <i>(nevyplňujte, doplníme dle situace)</i>	jméno		
	datum narození		
	bydliště		
Osoba pečující:			
Podpis:			
Datum:			