

SOUHLAS RODIČŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE VEDOUCÍMU/ZDRAVOTNÍKOVĚ AKCE

V době konání,
tj. od do
souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého ne-
zletilého syna / mé nezletilé dcery,
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
....., nar.,
bytem

Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uve-
deného dítěte na těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno:

telefonní číslo:

telefonní číslo:

Příjmení, jméno:

telefonní číslo:

telefonní číslo:

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

Příjmení, jméno:, podpis:

Příjmení, jméno:....., podpis: