

Souhlas zákonných zástupců dítěte s ošetřením

Níže podepsaní zákonní zástupci dítěte

Jméno a příjmení dítěte:

.....

Datum narození:

.....

Adresa trvalého pobytu:

.....

Souhlasí s poskytnutím nutného základního ošetření v rámci první pomoci zdravotníkem letního tábora, základního lékařského ošetření zdravotnickým zařízením, které dítě přijalo k ošetření od vedoucího/zdravotníka letního tábora POHIP z.s..

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

.....

Vztah k dítěti:

.....

Kontakt na zákonné zástupce:

.....

Podpis zákonného zástupce:

Potvrzení o bezinfekčnosti (vyplňují rodiče)

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti

- a) změnu režimu a že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.)
- b) hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření
- c) není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se pobytu na Ranči Ixion v termínu

Jsem si vědom(-a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Toto potvrzení nesmí být starší než 1 den.

Vdne

.....
podpis zákonných zástupců