**SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE VEDOUCÍMU/ZDRAVOTNÍKOVI AKCE:**

V době konání letního skautského tábora v Oslavanech, tj. od 27. 6. 2025 do 9. 7. 2025, souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery

………………………………………… (jméno a příjmení), nar. …………………….

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

pan Petr Liškař (vedoucí tábora), nar. 9. 1. 2002 bytem Vinohrady 132, Kobeřice 684 01

paní Ema Ošmerová (zdravotník tábora), nar. 29. 10. 2004, bytem Kaunicova 1080, Slavkov u Brna 684 01

Tento souhlas uděluji na dobu neurčitou, mohu jej však kdykoliv odvolat.

**Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:**

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na těchto telefonních číslech:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Příjmení, jméno: ……………………………………………….  |   | telefonní číslo: ………………………  |
|   |   | *telefonní číslo: ………………………*  |
| Příjmení, jméno: ……………………………………………….  |   | telefonní číslo: ………………………  |
|  |  | *telefonní číslo: ………………………*  |
| V ………………………………….  |   |  Dne ……………………………  |

Podpis zákonného zástupce nezletilého:

……………………………… příjmení, jméno

………………………………

podpis