

SOUHLAS S PŘEVOZEM DÍTĚTE K LÉKAŘI

Udělují souhlas, aby mé dítě:

Jméno a příjmení

Datum narození

Bytem trvale

bylo v případě potřeby ošetření lékařem převezeno osobním autem řízeným některým z pověřených a oprávněných vedoucích tábora do ordinace dětského lékaře či do nemocnice.

**Požaduji – Nepožaduji* telefonickou konzultaci s vedoucí tábora či zdravotníkem před odvozem mého dítěte.

Tento souhlas udělují po dobu konání letního tábora 1. + 4. oddílu jednotky Junák – český skaut, středisko Slavkov u Brna, z. s. v termínu 9.–19. 7. 2025.

V.....

Dne.....

Podpis zákonného zástupce dítěte.....

**Nehodící se škrtněte*