

## SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Jméno a příjmení dítěte: ..... datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ..... datum narození: .....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na zotavovací akci ZŠ Kamenomlýnská v termínu 9. 6. 2025 – 13. 6. 2025 ve Vernířovicích, byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž беру на vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem této akce, umožní-li to zdravotní stav dítěte.

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte osobě pověřené organizátorem akce.

Organizátor akce se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání této zotavovací akce.

Datum udělení souhlasu: ..... Podpis zákonného zástupce: .....