

Prohlášení o souhlasu s ošetřením

Jméno, příjmení:

Datum nar.:

Adresa:

Kontakt na rodiče:

Obvodní lékař:

ZP:

Po dobu konání akce souhlasím s ošetřením přítomným lékařem, případně s ošetřením ve zdravotnickém zařízení.

V _____ dne

Jméno zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce

Podpis zletilého žáka