**Zmocnění a určení osoby**

**oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

**Údaje zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: ………………………………….……………………………………………

Datum narození: …………………………………..……………………………………….……

Kontakt (telefon, e-mail): …………………………………………………………………….…

**Údaje nezletilého dítěte:**

Jméno a příjmení: .......................................................................................................................

Rodné číslo .................................................................................................................................

Trvale bytem: .............................................................................................................................

Jako zákonný zástupce zmocňuji:

* paní Karolínu Hanušovou, narozenou dne 7. 2. 1987, trvale bytem Římská 1354/43, Praha 2;
* paní Lenku Měšťánkovou, narozenou dne 23. 4. 1978, trvale bytem nám. A. Dvořáka 797, Veltrusy
* a pana Michala Koldinského, narozeného dne 29. 10. 1998, trvale bytem Alešova 593, Veltrusy,

aby po dobu konání letního tábora*,* tj. od 5. 7. 2025 do 14. 7. 2025, udělovali za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jejichž potřeba v této době nastane (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí).

Současně souhlasím s tím, aby ve shora uvedené době byl zmocněnec informován o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení § 31 zák. č. 372/2011 Sb.

Zároveň určuji výše uvedené zmocněnce za osoby, na jejíž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle § 28 odst. 3 písm.e) bod 1, a to ve shora uvedené době konání letního tábora.

Ve **................................................** dne 5. 7. 2025

……………………………………………………

podpis zákonného zástupce