

Souhlas s ošetřením dítěte - plná moc

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození dítěte:	
Adresa místa trvalého pobytu dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte:	
Telefonní kontakt:	

Souhlasím, aby mé dítě po dobu pobytu na lyžařském kurzu pořádaném ZŠ a MŠ Klas s.r.o. v době od 24.2.-1.3.2019 bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti pouze v doprovodu odpovědné osoby - člena personálu ZŠ a MŠ Klas s.r.o. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

_____ datum a podpis zákonného zástupce

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI OD ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti (jméno a příjmení)bytem....., narozenému:změnu režimu. Dále potvrzuji, že dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, apod.), nemá vši ani hnidy a hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření mému dítěti ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti. Též mi není známo, že by v posledních čtrnácti dnech přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno zúčastnit se lyžařského výcviku. Jsem si vědoma(a) právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé. Toto prohlášení nesmí být starší jednoho dne.

23.2.2019
podpis rodičů /zákonných zástupců