

spolek Bobřík

Bobřík Galandova 1244/25

163 00 Praha 6

IČ: 22612785

Tel.: + 420 603 596 145

E-mail: bobrik@hotmail.cz

www.bobrik.info



Plná moc zákonného zástupce pro doprovod dítěte k ošetření

Matka dítěte:, tel:,
jméno, příjmení, datum nar.

Otec dítěte:, tel.:,
jméno, příjmení, datum nar.

jako zákonní zástupci nezletilého dítěte:
jméno, příjmení, datum nar.

uděluji plnou moc zdravotníkovi DĚTSKÉHO TÁBORA BOBŘÍK:

.....
jméno, příjmení a datum narození zdravotníka dětského tábora

k tomu, aby doprovázel(a) dítě k případnému ošetření (vyšetření) ve zdravotnickém
zařízení. Tato plná moc je platná po dobu trvání dětského tábora BOBŘÍK, který se
koná v termínu od do

Zdravotníkovi mohou být sděleny informace o zdravotním stavu nezletilého dítěte a smí
udělovat souhlas k léčbě, ošetření, vyšetření.

V dne

.....
podpis zákonného zástupce

Zmocnění v plném rozsahu přijímám

V Praze dne

.....

zdravotník dětského tábora Bobřík