**Souhlas s ošetřením dítěte:**

Jméno dítěte: ...........................................................................................

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

Adresa trvalého bydliště…………………………………………………………..…………..

Telefonní kontakt na rodiče po dobu pobytu…………………………..…….……………..

Po dobu konání letního kempu VV (…………………………….) souhlasím s ošetřením dítěte lékařem či zdravotníkem případně s ošetřením ve zdravotnickém zařízení. O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.

V………………………..………………… dne…………….………….………………..

podpis zákonného zástupce dítěte - otec      .........................................................

podpis zákonného zástupce dítěte - matka    ........................................................