

Prohlášení zákonného zástupce dítěte o zdravotní způsobilosti

Jméno a příjmení:

narozený/á dne:

má následující zdravotní omezení:

.....
.....
.....

Užívané léky (vč. Dávkování):

.....
.....
.....

Telefonické spojení pro případný kontakt v době konání tábora:

Jméno:

Telefon:

V případě nutnosti vyhledání odborné pomoci při zdravotních potížích, souhlasím se sdělováním informací o stavu mého dítěte zdravotníkovi akce.

(Zakroužkujte zvolenou variantu a stvrďte podpisem.)

ANO

NE

.....

Podpis zákonného zástupce