**Souhlas s ošetřením – plná moc**

Jméno a příjmení dítěte ………………………………………………………………………………………….

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

Jméno a příjmení zákonného zástupce ……………………………………………………………………………………

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na letním soustředění KST Silueta Praha, 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 letního soustředění.

Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

Dne ……………………………………..

 …………………………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce dítěte

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že můj syn /moje dcera……………………………………………………………….

nepřišel /nepřišla do styku s žádnou infekční chorobou, sám /sama žádnou takovou nemocí netrpí a nejsem si vědom/a žádných okolností, které by mu /jí bránily se zúčastnit pobytu v dětském kolektivu.

Prohlédl(a) jsem svému dítěti vlasy a prohlašuji, že je má čisté, a že v nich nemá hnidy ani vši.

Podpis zákonného zástupce……………………………………………………………………..

Datum…………………………