**Plná moc**

**Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce:**

V době konání příměstského tábora WMŠ Praha 6, tj. od   …………….    do …………….. souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery:

jméno a příjmení …………………………………                   nar. …………………

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

*komu:* ……………….…………………………...,        nar. ……………..

V Praze dne:   ………………………       ………………………………………………..

  (podpis zákonného zástupce dítěte)

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

**Plná moc**

**Souhlas rodičů s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte vedoucímu/zdravotníkovi akce:**

V době konání příměstského tábora WMŠ Praha 6, tj. od   …………….    do …………….. souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé nezletilé dcery

jméno a příjmení …………………………………                   nar. …………………

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“)

*komu:* ……………….…………………………...,        nar. ……………..

V Praze dne:   ………………………       ………………………………………………..

  (podpis zákonného zástupce dítěte)