

# SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE, S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU A PŘEVOZU DÍTĚTE SOUKROMÝM VOZIDLEM

Jméno a příjmení dítěte: ..... narozené: .....

bytem .....

Termín Duklakempu ..... - ..... 2025 \*

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na letním fotbalovém Duklakempu byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž beru na vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem Duklakempu, umožní-li to zdravotní stav nezletilého.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu nezletilého osobě pověřené organizátorem Duklakempu. Organizátor Duklakempu se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Jako zákonný zástupce nezletilého dále souhlasím, že v případě nutnosti může pracovník Duklakempu převést nezletilého k nezbytnému ošetření soukromým vozidlem. Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání Duklakempu.

V ..... dne .....

.....  
Podpis zákonného zástupce

.....  
Příjmení a jméno zák. zástupce  
(HŮLKOVÝM PÍSMEM)

.....  
Telefon zák. zástupce

*\* doplňte datum turnusu Duklakempů, kterého se dítě účastní*

DUKLAKEMPY

Pořadatel:

FK Dukla Praha ženy, z.s.

IČO: 03622533

Za Hládkovem 680/12, Praha 6, 169 00

Kontakt: Ing. Marie Havlasová, +420 732 649 888