



**Plná moc zákonného zástupce pro doprovod dítěte k ošetření**

Matka dítěte: .....,

*jméno, příjmení, datum nar.*

Otec dítěte: .....,

*jméno, příjmení, datum nar.*

jako zákonní zástupci nezletilého dítěte: .....

*jméno, příjmení, datum nar.*

**udělují plnou moc zdravotníkovi BABY DANCE PRAHA:**

.....

*jméno, příjmení a datum narození zdravotníka sportovní akce*

k tomu, aby doprovázel(a) dítě k případnému ošetření (vyšetření) ve zdravotnickém zařízení. Tato plná moc je platná po dobu trvání sportovní akce Baby Dance Praha, která se koná v termínu od 12.8.2017 do 19.8.2017.

Zdravotníkovi mohou být sděleny informace o zdravotním stavu nezletilého dítěte a smí udělovat souhlas k léčbě, ošetření, vyšetření.

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

.....

podpis zákonného zástupce

**Zmocnění v plném rozsahu přijímám**

V Praze dne .....

.....

zdravotník Baby Dance Praha