



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.

uděluji 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 4.8.-11.8.2018

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