



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

Dítě: .....

*jméno, příjmení, datum nar.*

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:**

**Iloně Čunátové, nar. 11.10.1978**

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 5.8.2023 do 12.8.2023.

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