



**SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ
O ZDRAVOTNÍM STAVU PŘI POBYTU NA TÁBOŘE BARRANDOV**

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

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

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte osobě pověřené organizátorem tábora.

Organizátor tábora 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.

Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání tábora, to znamená v období:

☐ 12. 7. – 26. 7. 2025 (II. turnus) ☐ 26. 7. – 9. 8. 2025 (III. turnus)

Datum udělení souhlasu: Podpis zákonného zástupce: