**PLNÁ MOC K LÉKAŘSKÉMU OŠETŘENÍ ČI HOSPITALIZACI DÍTĚTE V NEMOCNICI**

Jméno a příjmení nezl. dítěte: ………………………..…………RČ: ……………………………..

Bydliště : ……………………………………………………………………………………………….

Já, níže podepsaný(á) rodič (zákonný zástupce):

Jméno a příjmení: ……………………………………………………..nar: …………..……………..

Bydliště (liší-li se od bydliště dítěte)..…………………………….................................................

zmocňuji pana – hlavní vedoucí Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2021 – Lukáš Kesl, nar.: 3.4.1997 v Praze, trvale bytem: Čimická 93/120, 18100 Praha 8, konaného ve dnech (označte křížkem vhodný termín):

* 19.07. – 23.07.2021
* 09.08. – 13.08.2021
* 23.08. – 27.08.2021

v místě Squash Sport, Čimická 780/61, 18100, Praha 8 – Čimice.

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí od 19.07. – 27.08.2021 – po dobu trvání zvoleného termínu Aktivně sportovního příměstského tábora pro děti 2021 v Praze 8, Čimicích.

V ………..……….dne :……………………………….

Podpis: . ………………………………