

SOUHLAS S PŘEVOZEM DÍTĚTE

Souhlasím s tím, aby mé dítě:

Jméno, příjmení:

datum narození: r.č.:

bydliště:

bylo v případě potřeby ošetření lékařem převezeno osobním autem řízeným zdravotníkem
nebo vedoucím tábora do ordinace dětského lékaře či do nemocnice.

V, dne

Podpis zákonného zástupce dítěte: