



SOUHLAS S TRANSPORTEM K LÉKAŘI

Souhlasím s tím, aby v případě méně závažných stavů a úrazů bylo dítě do zdravotnického zařízení transportováno automobilem zdravotníka nebo provozovatele areálu, a to vždy za přítomnosti pedagogického pracovníka. O tomto transportu bude zákonný zástupce rovněž informován telefonicky.

V PŘÍPADĚ NESOUHLASU je NUTNÉ PŘIJET pro dítě do místa pobytu a zajistiti si transport.

KONTAKTY rodiče

Telefonní spojení na rodiče : +420 _____

Email na rodiče: _____@_____

Zdravotník jméno + příjmení:.....SPZ auta:.....

***SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM**

*** NEHODÍCÍ ŠKRTNĚTE**

V..... dne..... Podpis zákonného zástupce:.....