**Zmocnění a určení osoby oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

**Údaje nezletilého dítěte:**

jméno a příjmení:…………………………………….nar.dne…………………………..

trvale bytem:……………………………………………………………………………..

**Údaje zákonného zástupce:**

jméno a příjmení:……………………………………………………

kontakt:…………………………………………………………….

Jako zákonný zástupce zmocňuji **Mgr. Gabrielu Schickovou, nar**. ……………………….,

**trvale bytem**……………………………………….aby po dobu konání příměstského tábora, tj. od ………………do……………………..udělovala za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jejichž potřeba v této době nastane (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí).

Současně souhlasím s tím, aby ve shora uvedené době byl zmocněnec informován o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zák.č.372/2011Sb.

Zároveň určuji **Mgr. Gabrielu Schickovou** osobou, na jejíž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle §28 odst.3 písm.e)bod1, a to ve shora uvedené době konání příměstského tábora.

V………………………dne………………..

Podpis zák. zástupce…………………………..