

**Rošťácké údolí, z. s.**  
**PLNÁ MOC K POSKYTNUTÍ LÉKAŘSKÉHO OŠETŘENÍ**

Já, níže podepsaný/á zákonný zástupce nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení dítěte:	
Datum narození dítěte:	
Jméno a příjmení zákonného zástupce:	
Adresa zákonného zástupce:	

tímto zmocňuji vedoucího/vedoucí tábora Rošťácké údolí, z. s. a zdravotnici tábora k doprovodu a zajištění lékařského ošetření mého dítěte v případě potřeby po dobu konání tábora.

Souhlasím, aby v nezbytných případech bylo zdravotníkovi a ošetřujícím lékařům poskytnuto nezbytné množství zdravotních údajů týkajících se zdravotního stavu mého dítěte.

Tato plná moc se vztahuje výhradně na dobu konání zotavovací akce pořádané spolkem Rošťácké údolí, z. s., a pozbývá platnosti dnem ukončení tábora.

V ..... dne .....

Podpis zákonného zástupce: .....