****

**Letní hokejová škola CZECH NORTH HOCKEY**

**PLNÁ MOC A SOUHLAS ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ NEZLETILÉHO DÍTĚTE**

My, níže podepsaní zákonní zástupci nezletilého dítěte:

Jméno a příjmení nezletilého dítěte: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Rodné číslo: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Bydliště: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Zdravotní pojišťovna: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

tímto z**plnomocňujeme a udělujeme souhlas** zástupcům Czech North hockey:

1. **k doprovodu výše uvedeného dítěte do zdravotnického zařízení ke všem zdravotním úkonům a souhlasíme s jeho ošetřením a získáním informací za účelem ošetření uvedené nezletilé osoby.**
2. **k poskytnutí ošetření nezletilého dítěte bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců**

Výše uvedeným není dotčeno právo zákonných zástupců na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona mají.

Alergie na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Zákonní zástupci nezletilého dítěte:**

Jméno a příjmení: Jméno a příjmení:

Datum narození: Datum narození:

Bytem: Bytem:

Číslo OP: Číslo OP:

Tato plná moc platí po dobu omezenou a to po dobu konání hokejového kempu.

V \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ dne\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Podpisy zákonných zástupců:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Tréninky na ledě i v tělocvičně probíhají pod zdravotním odborným dohledem.