



# PLAVECKÝ KLUB SLÁVIA VŠ PLZEŇ z. s.

nám. gen. Píky 42, 326 00 Plzeň  
tel: 377240306, e-mail: [info@bazenslovany.cz](mailto:info@bazenslovany.cz)  
IČ: 49779133, http: [www.plaveckyklubplzen.cz](http://www.plaveckyklubplzen.cz)

## **SOUHLAS S PŘÍPADNÝM OŠETŘENÍM DÍTĚTE A S POSKYTOVÁNÍM INFORMACÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU PŘI SOUSTŘEDĚNÍ V PRÁŠILECH V TERMÍNU 15. – 22. 8. 2020**

Jméno a příjmení dítěte: .....

datum narození: .....

Adresa trvalého pobytu: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

datum narození: .....

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého uděluji, v souladu se zněním zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách, souhlas k tomu, aby během pobytu na soustředění byly v případě potřeby poskytnuty nezletilému zdravotní služby bez dalšího zjišťování souhlasu zákonných zástupců. Rovněž beru na vědomí, že bude-li to nezbytné, bude nezletilý hospitalizován ve zdravotnickém zařízení. Po ošetření či hospitalizaci souhlasím s vydáním dítěte zpět osobě pověřené organizátorem soustředění, umožní-li to zdravotní stav dítěte.

Jako zákonný zástupce dítěte dále souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu dítěte osobě pověřené organizátorem soustředění.

Organizátor soustředění se zavazuje informovat zákonného zástupce o případném ošetření ve zdravotnickém zařízení. Udělením tohoto souhlasu není dotčeno právo zákonného zástupce na informace o zdravotním stavu nezletilého pacienta, na informace o poskytnuté zdravotní péči, ani jiná práva, která ze zákona má.

Tento souhlas se uděluje pouze po dobu trvání soustředění.

Datum udělení souhlasu: ..... Podpis zákonného zástupce: .....