**SOUHLAS S PŘEVOZEM DÍTĚTE K LÉKAŘI**

Uděluji souhlas, aby mé dítě:

Jméno a příjmení ……………………………………….

Datum narození ……………………………………….

Bytem trvale ……………………………………….

bylo v případě potřeby ošetření lékařem převezeno osobním autem řízeným některým z pověřených a oprávněných vedoucích tábora do ordinace dětského lékaře či do nemocnice.

\**Požaduji – Nepožaduji* telefonickou konzultaci s vedoucí tábora či zdravotníkem před odvozem mého dítěte.

Tento souhlas uděluji po dobu konání letního tábora 2. oddílu jednotky Junák – český skaut, středisko Slavkov u Brna, z. s. v termínu 27. 6.–9. 7. 2025.

V………………………………………. Dne……………………………………….

Podpis zákonného zástupce dítěte……………………………………….

*\*Nehodící se škrtněte*