

**Souhlas s ošetřením dítěte:**

Jméno dítěte: ..... datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště:.....

Telefonní kontakt na rodiče:.....

Po dobu konání sportovních akcí pořádaných oddílem SBŠ Český Těšín **souhlasím** s ošetřením dítěte lékařem či zdravotníkem, případně ošetřením ve zdravotnickém zařízení. O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.

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

Jméno a podpis zákonného zástupce.....