

## Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte .....

Datum narození .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce .....

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu příměstského soustředění FK Neratovice-Byškovice, bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – trenéra.

Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

V .....dne\*

.....  
*podpis zákonného zástupce*

---

## Prohlášení odpovědnosti za škody

Prohlašuji, že беру на vědomí odpovědnost za škody, které způsobí moje dítě:

.....

v době trvání příměstského soustředění 28.8.2020-30.8.2020 na vybavení a sportovní zařízení. V případě finančních nákladů na opravu takto poškozeného zařízení se zavazuji tuto škodu uhradit.

V .....dne\*

.....  
*podpis zákonného zástupce*