



PROHLÁŠENÍ

O INFORMOVÁNÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE O ÚRAZECH DÍTĚTE NA TÁBOŘE

JMÉNO DÍTĚTE:

Zakroužkujte dle Vašeho přání:

CHCI – NECHCI být každý den informován formou SMS i o drobných úrazech a zdravotních obtížích mého dítěte, které je možné ošetřit na táboře a nevyžadují lékařskou pomoc (klíště, škrábnutí, drobné říznutí, bolest hlavy, krátkodobá bolest břicha).

O úrazech či zdravotních komplikacích Vašeho dítěte, které vyžadují konzultaci rodiče či lékařskou pomoc Vás budeme kontaktovat automaticky v každém případě.

Telefon a jméno zákonného zástupce, na které mají být informace zasílány:

.....

V

dne

.....

*(podpis zákonného zástupce účastníka, nebo podpis
dospělého účastníka)*