Tenisové soustředění Frýdlant v Čechách 2026

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE
s poskytnutím zdravotních služeb a podáváním léků
1/2

1. Identifikace dítěte

Jméno a příjmení dítěte: .....

Datum narození: ..... Zdravotní pojišťovna (kód): .....

Adresa trvalého bydliště: .....

2. Identifikace zákonného zástupce

Jméno a příjmení: .....

Telefonní kontakt (dostupný po celou dobu akce): .....

E-mail: .....

3. Název a termín akce

Název akce: Tenisové soustředění Frýdlant v Čechách Termín konání: 5.-11.7. 2026

4. Identifikace odpovědného vedoucího a zdravotníka akce

Odpovědný vedoucí: Jan Meszároš

Zdravotník akce: Mudr. Karolína Šklíbová, Mgr. Eliška Nuhlíčková

Prohlášení o souhlasu

Jako zákonný zástupce výše uvedeného dítěte tímto uděluji souhlas:

S poskytnutím zdravotních služeb: Souhlasím s tím, aby v případě potřeby (úraz, náhlé onemocnění či zhoršení zdravotního stavu) byly mému dítěti poskytnuty ambulantní či nemocniční zdravotní služby, hospitalizace nebo nezbytné lékařské zákroky, a to v rozsahu potřebném k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví.

S ošetřením zdravotníkem akce: Souhlasím s běžným ošetřením dítěte kvalifikovaným zdravotníkem akce v rámci první pomoci.

S podáváním léků: Souhlasím s podáním běžných volně prodejných léků (např. při teplotě, bolesti hlavy, nevolnosti, bodnutí hmyzem) zdravotníkem akce, a to v souladu s doporučeným dávkováním.

Tenisové soustředění Frýdlant v Čechách 2026

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE s poskytnutím zdravotních služeb a podáváním léků 2/2

Specifikace pravidelně užívaných léků a zdravotních omezení

Užívá dítě pravidelně nějaké léky? **ANO / NE** (zaškrtněte)

Pokud ANO, uveďte název léků, přesné dávkování a čas užívání (např. 1 tableta ráno nalačno):

.....

.....

Alergie (na léky, potraviny, bodnutí hmyzem atd.):

.....

.....

Chronická onemocnění nebo jiná zdravotní omezení (např. astma, epilepsie, diabetes):

.....

.....

Závěrečné prohlášení

Zavazuji se, že v případě náhlé změny zdravotního stavu dítěte (včetně výskytu infekčního onemocnění v rodině) těsně před odjezdem budu organizátory neprodleně informovat. Jsem si vědom/a své povinnosti uhradit případné náklady spojené s nákupem specifických léků předepsaných lékařem v průběhu akce či náklady na dopravu dítěte k lékaři, pokud nebudou kryty zdravotním pojištěním.

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

Podpis zákonného zástupce dítěte .....