Údaje v této přihlášce slouží pouze pro potřeby FbK Horní Suchá.

1. **ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA JARNÍ KEMP**

Termín soustředění:

**13-17.3.2023 Horní Suchá**

Jméno a příjmení dítěte:…………………………………………..……

Datum nar.:…………………………………….……………………….

Adresa:…………………………………………….…………………...…………………………………………………………..PSČ……....…Telefon:…………………..E-mail:…………...………………………..

Zdravotní pojišťovna:………………………

Jméno zákonného zástupce:………………………………..……….....

Telefon ……………………

Dítě je: plavec - neplavec

 ……………………………

 Podpis zákonného zástupce

-------------------------------------------------------------------------------------------------

Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zákonného zástupce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu pobytu na jarním soustředění Florbalového klubu Horní Suchá, z.s. bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – člena personálu soustředění. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován.

 ………………………….

 podpis zákonného zástupce