**Souhlas s ošetřením dítěte:**

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

Adresa trvalého bydliště : ……………………………………………………………………….

Telefonní kontakt na rodiče: ……………………………………………………………………

Po dobu konání sportovních akcí pořádaných BK NH Ostrava z.s. **souhlasím** s ošetřením dítěte lékařem či zdravotníkem, případně s  ošetřením ve zdravotnickém zařízení. O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.

V …………………….. dne ………………………………

Podpis zákonného zástupce: …………………………………………………………………….