



Souhlas s ošetřením – plná moc

Jméno a příjmení dítěte:, datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Telefonní kontakt:

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu soustředění TJ Sokol Libiř 30. 1. - 2. 2. 2025, 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 dne2025

.....
podpis zákonného zástupce



Prohlášení odpovědnosti za škody

Prohlašuji, že beru na vědomí odpovědnost za škody, které způsobí

syn/dcera..... datum narození:.....
na vybavení ubytovacího zařízení a sportovního zařízení. V případě finančních nákladů na opravu takto poškozeného zařízení se zavazuji tuto škodu uhradit. Beru též na vědomí, že poskytovatel (organizátor) neručí za cenné věci a peníze dětí.

Termín fotbalového soustředění TJ Sokol Libiř 30. 1. - 2. 2. 2025, místo konání Heřmanice Lužické hory.

V dne2025

.....
podpis zákonného zástupce