**SOUHLAS S PŘEVOZEM DÍTĚTE**

Souhlasím s tím, aby mé dítě:

Jméno, příjmení: .....................................................................,

datum narození: ............................ r.č.: ..........................................,

bydliště: .............................................................................................

bylo v případě potřeby ošetření lékařem převezeno osobním autem řízeným zdravotníkem nebo vedoucím tábora do ordinace dětského lékaře či do nemocnice.

V .................................................., dne .........................................................

Podpis zákonného zástupce dítěte: .........................................................................