

**Hádzanársky klub IUVENTA Michalovce, o.z.**

**Splnomocnenie a určenie osoby podľa zákona o zdravotných službách**

**Údaje zákonného zástupcu**

Meno a priezvisko:.......................................................nar.dňa.........................
Kontakt (tel.číslo).......................................

Údaje neplnoletého dieťaťa:
Meno a priezvisko:.......................................................nar.dňa.........................
Trvale bytom................................................................

Ako zákonného zástupcu zmocňujem Pána/Pani.........................................(trénera Iuventy Michalovce)

Nar.................................trvale bytom .................................................................... aby po dobu trvania

akcie Hádzanársky kemp Iuventy Michalovce od 17.8.2020 do 21.8.2020 udeľoval za mňa:

- súhlas neplnoletého dieťaťa s poskytovaním zdravotníckych služieb, ktorých potreba v týchto dňoch nastane.

Súčasne súhlasím s tým, aby v uvedenej dobe bol zmocnenec informovaný o zdravotnom stave môjho neplnoletého dieťaťa.

Zároveň určujem pána/pani................................................osobou, na jej nepretržitú prítomnosť v dobe konania športovej akcie (17.8.2020 - 21.8.2020).

V ......................... dňa ....................... ............................................

Podpis zákonného zástupcu.