

**Plná moc k ošetření nezletilého**

Jméno a příjmení nezl. dítěte: .....RČ: .....  
Bydliště : .....

Já, níže podepsaný(á)  
Jméno a příjmení: .....nar: .....  
Bydliště: .....

zmocňuji pana (paní):  
Jméno a příjmení: .....

.....  
k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezl. dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel (a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezl. dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil (a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Tato plná moc platí:.....

V .....dne : ..... Podpis: .....

**Souhlas s podáním léků**

Jméno a příjmení nezl. dítěte: .....

Jméno, popřípadě jména, a příjmení oprávněné osoby:  
.....

Vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte):  
.....

Souhlasím s podáním léků na LVVZ 2015 pořádaným ZŠ Želechovice nad Dřevnicí, dle přílohy č. 4 k vyhlášce č. 106/2001 Sb.

V ..... dne : ..... Podpis: .....