**Plná moc k ošetření nezletilého**

Jméno a příjmení nezletilého dítěte: …………………………………………………………………………. RČ: ………………………….

Bydliště: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Já, níže podepsaný(á)

Jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………………, nar. ………………………………………..

zmocňuji pana/paní jméno a příjmení: ………………………………………………………………………………………………………..

k mému zastupování v rozsahu všech práv a povinnností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého dítěte a o navržrených zdravotních službách dle ustanovení § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s tustanoveném § 34 zákona písemná informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ustanovení § 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 nezletilého dítěte: ……………………………………………………………………………………………………………

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

Váš vztah k posuzovanému dítěti (zákonný zástupce, opatrovník, pěstoun popř. další příbuzný dítěte:

………………………………………………………………

Souhlasím s podáním léků na akci …………………………………………………………………………………… pořádanou Základní školou a Mateřskou školou Želechovice nad Dřevnicí, příspěvkovou organizací, dle přílohy č. 4 k vyhlášce č. 106/2001 Sb.

V …………………………………………………….. dne ………………………. Podpis………………………………………………………