

SOUHLAS S PŘEVOZEM DÍTĚTE

Souhlasím s tím, aby mé dítě:

Jméno, příjmení : …………………………………………………………………., Datum narození: …………………………………

r.č. : ………………………………..………………, Bydliště: …………………………………………………………………………………..

bylo v případě nejvyšší potřeby a potřeby ošetřením lékařem převezeno osobním autem řízeným zdravotníkem, nebo vedoucím soustředění HC Slovan Louny do ordinace dětského lékaři, do nemocnice, nebo na aktuální místo tréningu za nepřízně počasí.

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

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