**Plná moc**

Já, níže podepsaný/á:

(matka)……………………………………………………………….........................................

Nar.:…………………………………….......................................................................................

Adresa:……………………………………………………………………………………….….

(otec)……………………………………………………………….........................................

Nar.:…………………………………….......................................................................................

Adresa:……………………………………………………………………………………….….

při výkonu své rodičovské zodpovědnosti podle ust. § 31 odst. 1 zákona č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, jakožto zákonný zástupce nezletilého/nezletilé:

Jméno a příjmení nezletilého/nezletilé: …………………………………………………………

Nar.: ……………………………………………………………………………………………..

Adresa:…………………………………………………………………………………………..

**tímto výslovně zmocňuji pana (paní) a dále jeho pedagogický a trenérský tým:**

Jméno a příjmení: Miroslav Maliňak

Nar.: 28.1.1975

Adresa: Chomutovská 1365, 432 01 Kadaň

**aby mne zastupoval/a při výkonu mých práv a povinností vyplývajících vůči shora jmenovanému nezletilému/nezletilé ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), zejména, aby za mne přijímal/a informace o zdravotním stavu nezletilého/nezletilé, dále informace o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, a aby za mne uděloval/a souhlas s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému/nezletilé.**

Zároveň tímto prohlašuji, že mi k dnešnímu dni nebyl výkon rodičovské zodpovědnosti pozastaven, omezen, ani jsem nebyl/a výkonu rodičovské zodpovědnosti vůči svému/své synovi/dceři zbaven/a.

Tato plná moc platí po dobu pobytu na FLORBALOVÉM SOUSTŘEDĚNÍ VE STRUPČICÍCH v termínu od 21.7.2024 do 26.7.2024.

V Kadani 21.7.2024.

**………………………………………………………**

**Podpis zákonného zástupce (matky)**

**………………………………………………………**

**Podpis zákonného zástupce (otce)**

Zmocnění přijímám: ……………………………………

Podpis zmocněného