** letní BASKETBALOVÉ SOUSTŘEDĚNÍ**

**PODBOŘANY**

**18.8. – 23.8. 2024**

**Vyjádření lékaře:**

Dítě: jméno………………..…………příjmení……………………………….narozen(á)………………

je zdravotně způsobilé zúčastnit se letního basketbalového soustředění.

Podpis…………… ………….. razítko lékaře ………………….……………..

v…………………………………….dne………………………..……………

**Potvrzení o bezinfekčnosti**

Potvrzuji tímto, že moje dcera/syn

Jméno a příjmení………………………………….………… narozen(á)……………………………

v posledních 2 týdnech před basketbalovým soustředěním v Podbořanech (18.8.-23.8.2024) nepřišel/nepřišla do styku s infekcí, nebo osobou nakaženou infekční nemocí.

V Kadani 18.8.2024.

podpis zákonného zástupce……………………………………

Adresa zákonného zástupce dosažitelného v průběhu soustředění

(od 18.8.2024 do 23.8.2043):

Jméno a příjmení:

Adresa:

Telefon

**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: **Ondřeje Němečka**

Nar.: 12.08.1996

Adresa: Golovinova 1326, 432 01 Kadaň

**aby mě 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 BASKETBALOVÉM SOUSTŘEDĚNÍ V PODBOŘANECH v termínu od 18.8.2024 do 23.8.2024.

V Kadani 18.8.2024.

**………………………………………………………**

**Podpis zákonného zástupce (matky)**

**………………………………………………………**

**Podpis zákonného zástupce (otce)**

 Zmocnění přijímám: ……………………………………

 Podpis zmocněného