

## Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Já, níže podepsaná/ý ..... (jméno a příjmení zákonného zástupce)

narozen/a dne .....

trvale bytem.....

**souhlasím s poskytnutím neodkladné a akutní zdravotní péče po dobu**

**účasti mého syna/mé dcery ..... (jméno a příjmení dítěte)**

**datum narození .....**

**ve škole v přírodě ve dnech ....., kterou organizuje 25. mateřská škola  
Plzeň, Ruská 83, příspěvková organizace.**

V Plzni dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce