**Souhlas s ošetřením – plná moc**

Jméno a příjmení dítěte: ………….……………………………………………………………………………………………

Datum narození: ………………………………

Jméno a příjmení zákonného zástupce: …………………………………………………..……………………………

Telefonní kontakt: ………………………………………………

Souhlasím, aby mé dítě, po dobu soustředění TJ Sokol Libiš 30. 8. - 2. 9. 2023, bylo v případě akutního onemocnění či úrazu ošetřeno lékařem nebo zdravotníkem, případně převezeno do zdravotnického zařízení bez mé přítomnosti, pouze v doprovodu odpovědné osoby – trenéra. Zároveň žádám, abych byl/a následně o nutnosti ošetření informován/a.

V ………………………….………... dne ...................2023

 ……………….………………………..

 podpis zákonného zástupce

**Prohlášení odpovědnosti za škody**

Prohlašuji, že beru na vědomí odpovědnost za škody, které způsobí

syn/dcera……………………………………………….…………….…… datum narození:…………………………………

na vybavení ubytovacího zařízení a sportovního zařízení. V případě finančních nákladů na opravu takto poškozeného zařízení se zavazuji tuto škodu uhradit. Beru též na vědomí, že poskytoval neručí za cenné věci a peníze dětí.

Termín fotbalového soustředění TJ Sokol Libiš 30. 8. - 2. 9. 2023, místo konání SportCentrum Brandýs nad Labem.

V ………………………………...... dne ..................2023

 ………….……………………………..

 podpis zákonného zástupce