

Plná moc zákonného zástupce pro doprovod dítěte k ošetření, vyšetření, očkování dítěte.

Já,.....

Jméno a příjmení, bydliště

Jako zákonný zástupce nezletilého

dítěte:.....

Jméno a příjmení, datum narození

Udělují tímto plnou moc

panu-paní.....

Jméno a příjmení, datum narození

k tomu, aby doprovázela mé dítě k ošetření, vyšetření, event. i očkování u PLDD MUDr.Lucie Otáhalové.

Výše uvedené osobě mohou být sděleny informace o zdravotním stavu mého dítěte a smí udělovat souhlas k léčbě- ošetření- vyšetření.

V.....

Dne.....

Podpis zákonného zástupce.....