Odborné učiliště a Praktická škola, Mohelnice, Vodní 27
IČO: 62353179, tel.: 583 430 113
e-mail: ou.u.prs.mohelnice@rps.cz
Adresa: Vodní 27, 789 85 Mohelnice

SOUHLAS S DOPROVODEM K LÉKAŘI

Tímto já ……(jméno a příjmení zákonného zástupce)

d á v á m s o u h l a s

s doprovodem mé dcery/mého syna k lékaři

V případě nezastižení zákonného zástupce žáka na jeho uvedeném telefonním čísle, dávám souhlas

s doprovodem mé dcery/mého syna ……(jméno a příjmení žáka)

K nezbytnému lékařskému ošetření pracovníkem Odborného učiliště a Praktické školy, Mohelnice,

Vodní 27.

Beru na vědomí, že souhlas je dobrovolný a mohu ho vzít zpět, a to například zasláním e-mailu na emailovou adresu ou.u.prs.mohelnice@rps.cz, nebo dopisem na výše uvedenou adresu sídla školy.

V …… dne ……

……
TISKACÍM NAPSAT JMÉNO A PŘÍJMENÍ ŽÁKA + podpis

……
TISKACÍM NAPSAT JMÉNO A PŘÍJMENÍ + podpis