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 mého syna/mé dcery k lékaři

V případě nezastižení zákonného zástupce žáka na jeho uvedeném telefonním čísle, dávám souhlas s doprovodem mého syna/mé dcery ……(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 ZZ + podpis

Osobní údaje jsou zpracovány v souladu dle Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a znění zákona č.110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.