

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov
Léčebna zrakových vad, Sladkovského 840, 544 01 Dvůr Králové n.L.
IČO: 00195201 DIČ: CZ00195201
tel.,fax 499 320 197 E-mail:lzv.dk@tiscali.cz

Sdružení ozdravoven a léčeben okresu Trutnov je zapsáno v obchodním rejstříku vedeném u Krajského soudu v Hradci Králové v oddílu Pr., vložka č.784

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ (vyplňte-předáte při nástupu)

Jméno, příjmení dítěte: **Rodné číslo:**
Bydliště: **ZP:**
Zákonní zástupci:

Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k dítěti	Adresa	Telefon

Opatrovník, pokud byl ustanoven:

Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k dítěti	Adresa	Telefon

Osoby, kterým lze podávat informace o dítěti a umožnit vycházku s dítětem:

Jméno a příjmení	Datum narození	Vztah k dítěti	Adresa	Telefon

Byl/a jsem seznámena, že dítě smí léčebna vydat pouze osobě, která má plnou moc od zákonných zástupců dítěte.

Žádáme o dodržování časů návštěv, aby nedocházelo k narušování léčebného programu dětí.

Dětem není doporučeno mít u sebe na pobytu vlastní malé elektronické přístroje-mobilní telefony, notebooky, tablety apod. Hrozí zde poškození nebo ztráta. Byl/a jsem seznámen/a, že LZV Dvůr Králové nad Labem nezodpovídá, za žádné drahé elektronické přístroje, které si děti na pobyt přivezou.

Svému dítěti ponechávám na pobytu (prosím vyjmenujte- mobilní telefon, tablet, notebook, uveďte značku a telefonní číslo).

Bezinfekčnost:

Prohlašuji, že můj syn/dcera nebyl/a v kontaktu s žádným infekčním onemocněním, ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti karanténní opatření, dále prohlašuji, že mé dítě nejví známky nově vzniklého onemocnění jako horečka, průjem, atd.

Svým podpisem zákonný zástupce dává najevo souhlas s výše uvedeným.

Jméno a příjmení zákonného zástupce:
(hůlkovým písmem)

Podpis zákonného zástupce:

Dne: (den nástupu)

V: