

**Souhlas zákonných zástupců s poskytnutím informací o zdravotním stavu dítěte**

V době konání ....., tj. od ..... do .....  
souhlasím s poskytováním informací o zdravotním stavu mého nezletilého syna / mé  
nezletilé dcery ..... (jméno a příjmení), nar.  
.....

ve smyslu ustanovení § 31 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách ve znění  
pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“) panu/paní

.....  
nar.....,bytem

**Kontaktní údaje zákonných zástupců nezletilého:**

V případě nutnosti, prosím, kontaktujte zákonné zástupce výše uvedeného dítěte na  
těchto telefonních číslech:

Příjmení, jméno: ....., telefonní číslo:.....

Příjmení, jméno: ....., telefonní číslo: .....

V ..... dne.....

Podpisy zákonných zástupců nezletilého:

Příjmení a jméno

Příjmení a jméno