

**Souhlas zákonných zástupců nezletilého žáka k povolení  
samostatného odchodu žáka ze školy (domova mládeže)  
a poskytnutí neodkladné lékařské péče**

Souhlas zákonných zástupců nezletilého žáka k povolení samostatného odchodu žáka ze školy (domova mládeže) v případě náhlého zhoršení zdravotního stavu nebo nevolnosti (neplatí pro úrazy). Při akutním zhoršení zdravotního stavu bude přivolána rychlá lékařská pomoc. O tomto stavu žáka Vás budeme neprodleně telefonicky informovat.

Souhlasíme také s poskytnutím neodkladné zdravotní péče (výkony vedoucí k záchraně života nebo zdraví) bez přítomnosti zákonného zástupce dle platných standardů poskytované zdravotní péče, která podstatným způsobem nemůže negativně ovlivnit další zdravotní stav.

**Nezletilý/nezletilá:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození .....

Bydliště: .....

**Otec:**

Jméno a příjmení: .....

E-mail: ....., tel. číslo: .....

Bydliště: .....

.....

**Matka:**

Jméno a příjmení: .....

E-mail: ....., tel. číslo: .....

Bydliště: .....

.....

Doplňující informace od rodičů (vyplňujete pouze v případě omezení souhlasu):

.....

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

Podpis otce: ..... Podpis matky: .....