

Udělují souhlas s ošetřením u lékaře v případě úrazu při vyučování.

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Zákonný zástupce žáka:

Jméno a příjmení: telefon:

V Mělníku dne: Podpis zákonného zástupce:.....

Udělují souhlas s ošetřením u lékaře v případě úrazu při vyučování.

Jméno a příjmení žáka:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

Zákonný zástupce žáka:

Jméno a příjmení: telefon:

V Mělníku dne: Podpis zákonného zástupce:.....