

Souhlas zákonného zástupce

Jméno a příjmení nezl. dítěte:RČ:

Bydliště:

Já, níže podepsaný(á)

Jméno a příjmení:, nar:

Bydliště:

jako zákonný zástupce shora uvedeného nezl. dítěte tímto uděluji souhlas k poskytnutí zdravotní služby: očkování proti nemoci COVID-19 a beru na vědomí, že tato zdravotní služba bude poskytnuta mému nezl. dítěti bez mé přítomnosti.

V Brně dne:

Podpis: