C Š O D
CENTER ŠOLSKIH
IN OBŠOLSKIH DEJAVNOSTI
Frankopanska 9, 1000 Ljubljana
http://www.csod.si, info@csod.si

PRIVOLITEV ZA PREVOZ OTROKA

V primeru medicinske pomoči, ko glede na stanje bolezni oz. poškodbe otroka ni potreben prevoz z reševalnim vozilom, potrebujemo vaše soglasje, da lahko pripeljemo otroka do najbližjega zdravstvenega doma.

Dovoljujem prevoz otroka_____(ime in priimek) k zdravniku v primeru medicinske pomoči, ko glede na stanje bolezni oz. poškodbe otroka ni potreben prevoz z reševalnim vozilom.

DA / NE

CŠOD podpisnika te privolitve obvešča, da se podatek zbira za namen izvedbe programa v CŠOD in podatek ne bo nadalje uporabljen. Po izvedbi programa bo CŠOD podatek trajno izbrisal.

_____ _____

(kraj, datum) (ime, priimek)

_____

(podpis starša, skrbnika ali zakonitega zastopnika)



C Š O D
CENTER ŠOLSKIH
IN OBŠOLSKIH DEJAVNOSTI
Frankopanska 9, 1000 Ljubljana
http://www.csod.si, info@csod.si