



## 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 starša)

\_\_\_\_\_  
(podpis starša, skrbnika ali zakonitega zastopnika)