

**ČESKÝ HUDEBNÍ TÁBOR MLÁDEŽE / FINE ARTS CAMPS EUROPE**  
**SOUHLAS RODIČŮ/ZÁK. ZÁSTUPCŮ S UŽÍVÁNÍM LÉKŮ**  
**PARENT/GUARDIAN AGREEMENT WITH PARTICIPANT'S TAKING**  
**MEDICINE ON HIS/HER OWN**

Jméno a příjmení studenta / Participant's name:

---

Datum narození / Date of birth:

---

Adresa / Address

---

Pobyt v ČHTM od / Staying at the camp from: do/to:

---

Název léků / Medicine:

---

Souhlasím s tím aby můj syn/dcera měl(a) během pobytu v Českém hudebním táboře mládeže výše uvedené léky u sebe a bez dohledu zdravotnického personálu ČHTM je užíval(a). O způsobu a frekvenci jejich užívání byl poučen(a), a proto беру jejich užívání i případné nezodpovědné užití na vlastní zodpovědnost.

---

I agree that the above mentioned Fine Arts Camps Europe / Czech Music Camp for Youth participant will have the above mentioned medicine in his/her possession during the whole stay a take it on his/her own. He/She was fully instructed about the way and frequency of taking medicine and I am fully responsible for any misuse of this medicine.

---

Datum / Date

---

Podpis rodičů / zákonných zástupců / Parent/Guardian signature

---