

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji,

že dítě

narozené dne..... bytem.....,

kteé je v mé péči, nejeví známky akutního onemocnění (např. zvýšená teplota, průjem, kašel, rýma, bolesti v krku, ztráta chuti a čichu). Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření. Dítě nemá vši ani hnidy.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

V dne

(datum ne starší než jeden den před nástupem)

.....

Podpis zákonného zástupce

Dále uveďte Alergie:

Léky a dávkování:

Telefonní spojení na rodiče:

Jiné informace: plavec – plave s pomůckou - neplavec

Zde nalepte kopii kartičky ZP:

