

Prohlášení o bezinfekčnosti

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Rodné číslo:

Zdravotní pojišťovna:

Prohlašuji, že mi není známo, že v posledních 14 dnech přišlo dítě do styku s osobami nakaženými infekčním onemocněním ani nejeví známky akutního onemocnění (například průjmu, zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku).

Jsem si vědom/a/ právních důsledků, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Toto prohlášení je potvrzeno v den odjezdu na akci.

V

Dne

.....

Podpis zákonného zástupce