POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

* Odevzdává se při nástupu na tábor.
* Zákonný zástupce dítěte jej vyplní nejdříve tři dny před nástupem!

 Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti (jm.+přjm.) ………………………………………..

nar:…………………., bytem ………………………………………………………………………………

změnu zdravotního režimu. Dítě nejeví známky akutního onemocnění a ošetřující lékař ani hygienik nenařídil karanténí opatření. Současně mi není známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami nakaženými infekční chrobou. Dále jsem si vědom (vědoma) právních důsledků nepravdivosti tohoto prohlášení.

V ………………………………………… dne …………………..

……………………………………………………………..

Podpis zákon. zástupce dítěte