POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno účastníka……………………………….., datum narození………………………….,

adresa……………………………………………………, pojišťovna…………………… .

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a hygienik a ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo,

že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.

Dítě má alergii na: ……………………………………………………………………………

Užívá tyto léky: ……………………………………………………………………………….

V případě potřeby možno volat na telefon: ……………………………………………………

V Praze dne:…………………… Podpis zákonného zástupce: ………………………..