

## 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: .....