

**POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI
K ÚČASTI NA SOUSTŘEDĚNÍ**

VE DNECH ... [] . [] .2018 – [] . [] .2018

(vyplňte maximálně 2 dny před nástupem na akci)

Prohlašuji, že synovi, dceři, dat. nar.,

adresa,

zdravotní omezení, strava

ošetřující lékař nenařídil změnu režimu, nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a orgán ochrany veřejného zdraví ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření.

Není nám též známo, že v posledních 2 týdnech přišel/přišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Jsme si vědomi právních následků, které by nás postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé.

Ve dne

Příjmení a jméno zákonného zástupce (hůlkovým)

Kontaktní telefon

Podpis