

## POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno účastníka.....,

Datum narození.....

Adresa.....

Zdravotní 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: .....

Dítě má nařízenou dietu nebo nejí: .....

Další specifika: (např. musí nosit brýle, noční pomočování, nechce usínat sám apod.)

.....

PLAVEC – NEPLAVEC (zaškrtněte)

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

V..... dne .....

Podpis pečující osoby: .....