

Potvrzení o bezinfekčnosti

Vyplní zákonný zástupce v den nástupu dítěte na příměstský tábor / soustředění

1. Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění /průjem, teplota apod./. Vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd. a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření. Nejsou mi známi žádné okolnosti, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho pobyt.

Dítě je schopno zúčastnit se příměstského tábora/soustředění v termínu: **7.-11.8.2023**

2. Upozorňujeme, že výskyt vší dětské (nebo přítomnost živých či mrtvých hnid) ve vlasovém porostu dítěte je důvodem k vyloučení z tábora, na náklady zákonného zástupce.

3. Dítě neužívá žádné psychotropní a návykové látky a ani je nepřeváží.

4. Jsem si vědom (a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození dítěte	
Adresa bydliště	
Telefon na zákonného zástupce	
Zdravotní pojišťovna	

Důležité sdělení zákonných zástupců dítěte pro vedoucího:

.....
Zde запиšte léky, které dítě v současné době užívá. Předané léky musí být podepsány na krabíčce. Musí být přiložen popis dávkování, účel užívání, podepsáno zákonným zástupce:

.....
Datum nesmí být starší jednoho dne před nástupem na příměstský tábor / soustředění.

Dne 2023 Podpis zákonného zástupce

***Přiložte kopii karty zdravotní pojišťovny**