

Prohlášení o prodělání nemoci a očkování COVID 19

Vyplní zákonný zástupce dítěte

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

Nemoc COVID 19 jsem prodělal/a: ANO* NE*

.....

Nemoc Covid 19 jsem prodělal/a v termínu od – do:

.....

Mám a přikládám test na protilátky Covid 19: ANO* NE*

.....

Potvrzuji, že jsem byl/a očkovan/a proti nemoci Covid 19: ANO* NE*

Název vakcíny, kterou jsem byl/a očkovan/a:

V počtu dávek: 1* 2*

Datum očkování: 1 dávka:..... 2 dávka:.....

Pozn.:

.....

Potvrzuji, že předávám test na COVID 19, ne starší než 48 hodin od nástupu na PT.

Dne 2021 Podpis zákonného zástupce

*nehodící se škrtněte