

Prohlášení o prodělání nemoci a očkování COVID 19

Vyplní zákonný zástupce dítěte

Níže uvedené záznamy, jsou učeny pro zdravotní personál LTS, pro možné stanovení diagnózy, na ochranu vašeho dítěte, na ochranu všech účastníků a personálu LTS.

| | |
|-------------------------------|--|
| 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 doby odjezdu.

Dne 2021 Podpis zákonného zástupce

*nehodící se škrtněte