

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že mé dítě: _____

Narozené: _____

Bytem: _____

Nemá lékařem nařízenou karanténu, není infekčně nemocné a v poslední době se nedostalo do styku s osobou, která nemá lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná.

Datum (ne starší než dva dny před odjezdem): _____

Podpis zákonného zástupce: _____

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU^{*)}

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Antibiotika za posledních šest měsíců (jaká/kdy):

Očkování proti:

Upozorňuji u dítěte na:

^{*) Pozn.: Co v rámečku nevyplňujete, tak odpovězte slovem NE.}

Zdravotní pojišťovna: _____ Telefonní spojení na rodiče: _____

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že mé dítě: _____

Narozené: _____

Bytem: _____

Nemá lékařem nařízenou karanténu, není infekčně nemocné a v poslední době se nedostalo do styku s osobou, která nemá lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná.

Datum (ne starší než dva dny před odjezdem): _____

Podpis zákonného zástupce: _____

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU^{*)}

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Antibiotika za posledních šest měsíců (jaká/kdy):

Očkování proti:

Upozorňuji u dítěte na:

^{*) Pozn.: Co v rámečku nevyplňujete, tak odpovězte slovem NE.}

Zdravotní pojišťovna: _____ Telefonní spojení na rodiče: _____