

Prohlášení o bezinfekčnosti

Údaje nezletilého:

Jméno a příjmení:

narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Prohlašuji, že hygienik ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti (viz výše), ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, karanténní opatření a že mi též není známo, že by v posledním týdnu přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Prohlašuji, že mé dítě nemá vši ani hnidy!

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Charakter provozu hromadné akce vyžaduje, aby zákonní zástupci dítěte uvedli případné závažné skutečnosti o zdravotním stavu, které vyžaduje mimořádnou pozornost (např. alergie, trvalé užívání léků apod.). Léky s návodem k užívání a zdravotní průkaz pojišťovny dejte dětem s sebou v označené obálce.

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Rodné číslo dítěte:

Pojištěno u zdravotní pojišťovny:

V Brně dne.....

Údaje zákonného zástupce (rodiče) 1.

Jméno a příjmení:

Kontakt /telefon, mail/ :

Podpis

Údaje zákonného zástupce (rodiče) 2.

Jméno a příjmení:

Kontakt /telefon, mail/ :

Podpis

Toto prohlášení nesmí být starší tří dnů!

Prohlášení o bezinfekčnosti

Údaje nezletilého:

Jméno a příjmení:

narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Prohlašuji, že hygienik ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti (viz výše), ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, karanténní opatření a že mi též není známo, že by v posledním týdnu přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Prohlašuji, že mé dítě nemá vši ani hnidy!

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Charakter provozu hromadné akce vyžaduje, aby zákonní zástupci dítěte uvedli případné závažné skutečnosti o zdravotním stavu, které vyžaduje mimořádnou pozornost (např. alergie, trvalé užívání léků apod.). Léky s návodem k užívání a zdravotní průkaz pojišťovny dejte dětem s sebou v označené obálce.

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Rodné číslo dítěte:

Pojištěno u zdravotní pojišťovny:

V Brně dne.....

Údaje zákonného zástupce (rodiče) 1.

Jméno a příjmení:

Kontakt /telefon, mail/ :

Podpis

Údaje zákonného zástupce (rodiče) 2.

Jméno a příjmení:

Kontakt /telefon, mail/ :

Podpis

Toto prohlášení nesmí být starší tří dnů!