**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI – příměstský tábor**

**(vyplňte, prosím, v den nástupu dítěte na tábor)**

Prohlašuji, že lékaři nenařídili dítěti …….....................................................................................................,

narozenému ......................................., bytem................................................................................................,

pojištěného (název zdravotní pojišťovny) .............................................................................

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékaři mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se letního příměstského tábora od ………………………2024 do …………………………… 2024

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

V Tišicích dne ……………………………….

 ............................................................

(podpis zákonného zástupce dítěte)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZDRAVOTNÍ POTVRZENÍ:

Dítě užívá tyto léky (přesně vypsat i dávkování):

……………………………………………................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................

trpí nějakou alergií (pyl, hmyz – bodnutí, seno, potraviny atd.)

................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

je očkováno proti klíšťové encefalitidě – ANO / NE.

Jiné (nejen) zdravotní potíže: ............................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................................

umí plavat – ANO / NE.

Kontaktní telefony:

matka jméno …………........................................... telefon………………………………

otec jméno ………….............................................. telefon………………………………

ostatní ............................................................................................................

**!!Dítě musí mít s sebou kopii kartičky pojištěnce!!**