

# Prohlášení o bezinfekčnosti

Nesmí být starší než 1 den!!

Prohlašuji, že moje dítě \_\_\_\_\_  
narozené dne \_\_\_\_\_,  
bytem \_\_\_\_\_

nepřišlo v posledních třech týdnech před nástupem do tábora do styku se zdrojem přenosné nemoci a ani mu nebylo uloženo karanténní opatření obvodním nebo dětským lékařem.

Prohlašuji, že obsah tohoto prohlášení odpovídá skutečnosti.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ podpis zákonného zástupce dítěte

## Adresy zákonných zástupců dítěte, či jiných k péči o dítě pověřených osob, dosažitelných v době konání tábora

1. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_

2. od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Jméno: \_\_\_\_\_  
Adresa \_\_\_\_\_ telefon \_\_\_\_\_

## UPOZORNĚNÍ zákonných zástupců dítěte

Alergie na \_\_\_\_\_  
Užívání léků název \_\_\_\_\_  
Doba užívání \_\_\_\_\_

Zde prosím nalepte kopii obou stran karty zdravotní pojišťovny Vašeho dítěte:

1. strana kopie karty ZP	2. strana kopie karty ZP
--------------------------	--------------------------