

**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE
O BEZINFEKČNOSTI PRO AKCI PŘÍMOŘSKÉ
OZDRAVNÉ POBYTY PRO KLIENTY OZP**

Předat u autobusu doprovodnému
pracovníkovi

Bez tohoto potvrzení NEBUDE dítě přijato k přímořskému ozdravnému
pobytu!

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

telefon na zákonné zástupce dítěte - matka:..... otec:

jiné kontaktní spojení v době pobytu:.....

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE O BEZINFEKČNOSTI

Nesmí být starší než 1 den před odjezdem (rozhodné datum je den přijetí na akci).
(Potvrzení o bezinfekčnosti se starším datem bude považováno za neplatné).

Prohlašuji, že:

1. ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota), **vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti či čichu, průjem a bolest hlavy atd.** Okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření ani zvýšený zdravotní dohled. Dítě je schopno zúčastnit se přímořského ozdravného pobytu v Chorvatsku. Nejsou mi známy žádné okolnosti, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho pobyt.
2. **ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníkovi rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.**

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

Jméno, příjmení zákonného zástupce:

V dne

Podpis zákonného zástupce:

Další důležitá sdělení zákonných zástupců dítěte pro lékaře nebo výchovného pracovníka:

.....
.....