

**Potvrzení o bezinfekčnosti**  
**vyplní zákonný zástupce v den nástupu dítěte na soustředění / tábor**

1. Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu. Dítě nemá příznaky infekce covid-19, tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd. a nejeví známky akutního onemocnění /průjem, teplota apod./ a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření. Nejsou mi známi žádné okolnosti, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho pobyt.

Dítě je schopno zúčastnit se tábora/soustředění v termínu: **14.-20.7.2024**

2. Upozorňujeme, že výskyt vší dětské (nebo přítomnost živých či mrtvých hnid) ve vlasovém porostu dítěte je důvodem k vyloučení z tábora, na náklady zákonného zástupce.

3. Dítě neužívá žádné psychotropní a návykové látky a ani je nepřeváží.

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

Jméno a příjmení dítěte	
Datum narození dítěte	
Adresa bydliště	
Telefon na zákonného zástupce	
Zdravotní pojišťovna	

**Důležité sdělení zákonných zástupců dítěte pro výchovného pracovníka nebo zdravotníka:**

.....  
Zde запиšte léky, které dítě v současné době užívá. Předané léky musí být podepsány na krabičce. Musí být přiložen popis dávkování, účel užívání, podepsáno zákonným zástupcem:

.....  
**Datum nesmí být starší jednoho dne před odjezdem na soustředění / tábor.**

Dne ..... 2024 Podpis zákonného zástupce .....

**\*Přiložte kopii karty zdravotní pojišťovny**