

Potvrzení o bezinfekčnosti a zmocnění pro případné ošetření v nemocnici

Potvrzuji, že můj syn/dcera narozen(a)
dne neprojevuje žádné příznaky akutního infekčního one-
mocnění (např. horečka, průjem...) či onemocnění COVID-19 (např. zvýšená tep-
lota, horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu) a není
mi známo, že by v posledních čtrnácti kalendářních dnech před začátkem tábora
přišel/přišla do kontaktu s osobou, která má lékařem nařízenou karanténu nebo
je infekčně nemocná. Dále mohu potvrdit, že můj syn/dcera v posledních čtrnácti
dnech buď: a) nepobýval(a) v zahraničí, nebo b) navrátil(a) se z cizí země (jaké)
..... (datum:) a prošel/prošla vše-
mi náležitými příjezdovými podmínkami dle platných opatření Ministerstva zahra-
ničí pro danou zemi.

Alergie, zdravotní omezení a užívané léky:

V
dne podpis zákonného zástupce
(potvrzení nesmí být starší než 24 hodin)