



Potvrzení o bezinfekčnosti

Jméno a příjmení dítěte: _____

Datum a místo narození: _____

Třída: _____

Jméno a příjmení zákonného zástupce: _____

Potvrzuji, že okresní hygienik, ani ošetřující lékař nenařídil mému dítěti, které je v mé péči, karanténní opatření nebo zvýšený zdravotnický či lékařský dozor.

Prohlašuji, že mi není známo, že v posledním týdnu před uvedeným datem přišlo moje dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

V Hradci Králové dne: _____

 podpis zákonného zástupce

(datum nesmí být starší než 1 den před začátkem akce)