

# POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Zdravotní pojišťovna:

místo pro vlepění kartičky pojišťovny

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky virového ani jiného infekčního onemocnění a hygienik či ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobou, která má lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná.

Dítě má alergii na:

Dítě má toto zdravotní omezení:

Dítě užívá tyto léky:

Léky, které má na táboře s sebou:

Rozpis dávkování a užívání:

V \_\_\_\_\_, dne

Podpis zákonného zástupce