

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že mé dítě:

Narozené:

Bytem:

Nemá lékařem nařízenou karanténu, není infekčně nemocné a v poslední době se nedostalo do styku s osobou, která nemá lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná.

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Upozorňuji u dítěte na:

Zdravotní pojišťovna:

Telefonní spojení na rodiče:

Prohlašuji, že se dítě může zúčastnit sportovního pobytu a společného ubytování dětí, a také i s tímto souhlasím:

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

PŘEDÁNO PŘI ODJEZDU

KARTIČKA zdravotní pojišťovny: **ANO/NE**

LÉKY s rozpisem dávkování a užívání: **ANO/NE**