

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno účastníka.....datum narození.....
adresa....., pojišťovna.....

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a hygienik a ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.

Dítě má alergie na:

Užívá tyto léky:

V případě potřeby možno volat na telefon:.....

V Olomouci dne:.....

Podpis zákonného zástupce:

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno účastníka.....datum narození.....
adresa....., pojišťovna.....

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a hygienik a ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.

Dítě má alergie na:

Užívá tyto léky:

V případě potřeby možno volat na telefon:.....

V Olomouci dne:.....

Podpis zákonného zástupce: