

Prohlášení o bezinfekčnosti

Jméno a příjmení zákonného zástupce.....

bytem.....

Prohlašuji, že v naší rodině nám ošetřující lékař nenařídil změnu režimu, žádný z členů rodiny nejeví známky akutního onemocnění (teplota, průjmy, respirační onemocnění, kašel aj.) a nebylo nám aktuálně orgánem hygienické služby nařízeno karanténní opatření z žádného důvodu.

Současně prohlašuji, že

- nikdo z členů naší rodiny si není vědom, že byl za uplynulých 15 dnů ve styku s osobami, které jsou nebo byly označeny jako rizikové s ohledem na možnou nákazu koronavirem (dále COVID-19) nebo které onemocněly jakýmkoli infekčním onemocněním nebo jsou potencionálně podezřelé z nákazy COVID-19,
- pokud některý člen z rodiny absolvoval karanténní opatření nebo byl léčen v rámci COVID-19, bylo toto léčení orgánem ochrany zdraví plně ukončeno bez dalších doporučení,
- v případě, že se vědomě některý z členů rodiny dostane do styku s osobami podezřelými z možné nákazy COVID-19 nebo mu bude nařízeno karanténní opatření, budu bez zbytečného odkladu informovat ředitelku (ředitele) školy.

Se zařazením svého dítěte (jméno, příjmení, datum narození) do kolektivního zařízení

.....
jsem si plně vědom(a) potenciálních rizik spojených s možnou nákazou COVID 19.

Moje dítě trpí ALERGIÍ:

ANO*

NE*

* Zaškrtněte jednu z možností.

V případě, že ANO, přikládám potvrzení od lékaře, že dítě je léčeno alergologem a projevy jeho onemocnění mohou být zaměněny za příznaky respiračního onemocnění.

Prohlašuji, že jedním v plném souladu s druhým zákonným zástupcem dítěte.

V

dne.....

.....

Podpis zákonného zástupce