

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:

Datum nesmí být starší, než
2 dny před konáním programu.

Podpis zákonného zástupce:

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Pokud nevyplníte žádné alergie, léky či antibiotika, napište do příslušné kolonky explicitně „NE“

Alergie:

Trvale užívané léky:

Antibiotika za
posledních
6 měsíců (jaká/kdy):

Upozorňuji u dítěte na:

Kód zdravotní pojišťovny:

Telefon na rodiče:

Při příchodu předáno:
(zaškrtněte)

Kartačka zdravotní pojišťovny, případně její kopie

Léky s rozpisem a dávkováním

Po skončení programu
odchází dítě:
(zaškrtněte jednu možnost)

V doprovodu rodičů

Samo

Prohlašuji, že se dítě může zúčastnit programu.

Datum:

Podpis zákonného zástupce: