



PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI DÍTĚTE

(nebo potvrzení od lékaře dle zákona 258/2000 „O ochraně veřejného zdraví“)

Prohlašuji, že ošetřující lékař mého dítěte nenařídil dítěti

JMÉNO

PŘÍJMENÍ

RODNÉ ČÍSLO

ADRESA

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření.

Není mi též známo, že v posledních 2 týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

MATKA

PŘÍJMENÍ

TELEFON

OTEC

Kartičku pojišťovny a ofocený očkovací průkaz přikládám.

Léky, které dítě užívá individuálně předány při odjezdu, označeny jménem a dávkováním.

Alergie

Dítě nejí

Zvyklosti, zvláštnosti, atd., vše co nám chcete o dítěti sdělit, rádi uvítáme:

- ostatní požadavky, zdravotní, specifické zvláštnosti (buzení na WC, atd.)

Beru na vědomí, že mé dítě se, v případě zájmu, bude účastnit sportovních a jiných aktivit.

V _____ dne _____

podpis rodičů/zákonného zástupce účastníka ZP

Mgr. Hana Jurásková
juraskova@sutros.cz
tel. 776 777 951