



## POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno dítěte: ....., nar.: .....

Bytem: ....., zdravotní pojišťovna .....

Já, níže podepsaný zákonný zástupce výše uvedeného dítěte 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 či infekční chorobou.

Dítě má alergii na: .....

Užívá tyto léky: .....

V případě úrazu nebo zdravotních potíží souhlasím s lékařským ošetřením dítěte při pobytu na příměstském táboře v Plzni 10 – Lhota, K Sinoru 68/37, který pořádá **Malá umělecká školička – Muška z. s.**, v termínu

od 24. 7. 2017 do 28. 7. 2017,

od 31. 7. 2017 do 4. 8. 2017

od 7. 8. 2017 do 11. 8. 2017

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

V Plzni dne: .....

.....  
Podpis zákonného zástupce:

**V příloze přiložte kopii průkazu zdravotní pojišťovny.**