

## **PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE**

(prohlášení nesmí být starší než 1 den)

Místopřísežně prohlašuji, že syn/dcera

.....

datum narození ..... Neprodělal(a) v poslední době žádné  
infekční onemocnění, ani nepřišel(a) do styku s osobou mající infekční nemoc.

Dítě je pojištěno u

.....

Trvale užívané léky:

Alergie:

V případě nemoci podejte zprávu:

tel.: .....

(otec)..... (matka)

V ..... dne .....

.....

podpis