

Potvrzení o bezinfekčnosti- prohlášení zákonných zástupců dítěte

Jméno a příjmení dítěte:
Zdravotní pojišťovna dítěte:
Dětský lékař/ka:
Datum narození:
Bydliště:
Příjmení matky: Tel.:
Příjmení otce: Tel.:

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil výše uvedenému dítěti změnu režimu a dítě nejeví známky akutního onemocnění. Ve 14 kalendářních dnech před nástupem do MŠ nepřišlo do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy, ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Dítě je schopno pobytu v MŠ.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

V dne

.....

Podpis zákonných zástupců dítěte

Poznámka:

Podpis zákonných zástupců dítěte nesmí být starší než 1 den před nástupem do MŠ!