POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI DÍTĚTE

Já, ……………………………………… bytem ………………………………………

**tímto čestně PROHLAŠUJI,**

že dítě ……………………………………… narozené ………………………………………

*nyní nejeví žádné známky akutního onemocnění (např. rýma, kašel, horečka apod.) a zároveň nebylo v poslední době ve styku s jinou nemocnou osobou.*

JSEM SI VĚDOM VŠECH NÁSLEDKŮ,

které by mne postihly v případě nepravdivého prohlášení.

Dále doplňuji:

ALERGIE:

UŽÍVANÉ LÉKY:

RČ A ČÍSLO POJIŠŤOVNY

V ……………………………………… dne ………………………………………

…………………………………………………………

*(podpis zákonného zástupce)*