



PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI ŽÁKA/ŽÁKYNĚ

Prohlašuji, že ošetřující lékař dítěti
narozenému..... bytem.....

.....
ze třídy..... nenařídil 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
dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Zdravotní omezení:.....
.....

Alergie – užívání léků:

Adresa rodičů po dobu akce:

Telefonní spojení:

Dítě je schopno zúčastnit se adaptačního kurzu **od 2. 9. 2024 do 6. 9. 2024.**

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Podpis zákonného zástupce ze dne, kdy dítě odjíždí na adaptační kurz.

Vdne

Zákonný zástupce:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ (HŮLKOVÝM PÍSMEM)

PODPIS