

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno účastníka:

Datum narození:

Bytem:

Potvrzuji, že výše uvedené dítě:

- nejeví známky akutního onemocnění
- v posledních dnech nepřišlo do styku s osobou, u které bylo potvrzeno infekční onemocnění
- není v karanténě ani mu nebyla nařízena izolace

V dne:

Podpis zákonného zástupce: