

Jméno dítěte:..... **Datum narození:**.....

Prohlášení osob odpovědných za výchovu dítěte o bezinfekčnosti dítěte

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění 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.

Dítě bylo otestováno ve zdravotnickém zařízení (vytištěné potvrzení nebo certifikát je součástí následních dokumentů).

Souhlasím s tím, aby bylo moje dítě testováno dle aktuální epidemiologické situace a potřeb SVP Slaný (alespoň 1x týdně) neinvazivními antigenními testy.

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

Ve Slaném dne.....

.....

podpis zákonných zástupců dítěte

Souhlas s podáváním léků

Souhlasím, že v případě akutní bolesti lze mému synovi/dceři podat tyto léky: PARALEN, IBUPROFEN, JINÉ uveďte.....

Před každým podáním léku bude zákonný zástupce/osoba odpovědná za výchovu o podání léku telefonicky informován/a.

Ve Slaném dne.....

.....

podpis zákonných zástupců dítěte