ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

1. **Potvrzuji, že mému synovi/mé dceři………………………………………………………………………..**

Nar. …………………………… bydliště………………………………………………………………………………………..

Okresní hygienik nenařídil karanténní opatření, ošetřující lékař změnu režimu a ani nám není známo, že by v posledním týdnu přišel/a do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

1. Nejeví známky akutního (náhlého) onemocnění např. horečka, průjem, nevolnost apod.
2. Dále informuji o těchto skutečnostech:
* syn – dcera užívá tyto léky (oznamuji dávkování a dobu užívání, léky předám zdravotníkovi)
* **………………………………………………………………………………………………………………………………………….**
* **………………………………………………………………………………………………………………………………………….**
* **…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**
* Syn/dcera neužívá žádné léky.
* Syn/dcera je alergická/á na ……………………………………………………………………………………………………

**V případě, že dítě dlouhodobě užívá léky (které bude podávat zdravotník) nebo je dítě alergické a budou mu muset být podány léky (alergie na bodnutí vosou, včelou apod.), musí být od dětského lékaře potvrzena zdravotní způsobilost – vystaví lékař!!! Ostatních dětí se tato povinnost netýká!**

**Datum:** 12. 6. 2023  **Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………………..**