



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ  
/PROHLÁŠENÍ NESMÍ BÝT STARŠÍ JEDNOHO DNE PŘED ZAHÁJENÍM PRÁZDNINOVÉHO POBYTU/

**Jméno a příjmení (dítěte/účastníka příměstského tábora)**

.....nar.....

**trvale bytem:**.....

**je zdravotně způsobilé zúčastnit se příměstského tábora v termínu**

**od: ..... do .....2021.**

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte/účastníka příměstského tábora neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.*). V posledních dvou týdnech před nástupem do PT nepřišlo dítě do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.
2. Moje dítě  trpí -  netrpí febrilními křečemi při horečnatých onemocněních,  epileptickými záchvaty,  dušností.
3. Dítě  je -  není alergické na cizorodé látky, bodnutí hmyzem, některé druhy jídel, léky (*Uvedte, jaké léky dítě pravidelně užívá v době konání soustředění. Léky musí být podepsané a s uvedeným dávkováním. Informace o lécích musí mít účastník zde zapsány. Léky se odevzdávají při příchodu určené lektorce a při odchodu budou dítěti vráceny*):  
.....  
.....  
.....

4. Dítě je:  dobrý plavec  plavec  neplavec
5. Prohlašuji, že jsem byl seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na příměstském táboře
6. **Jsem si vědom (a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.**

V .....

Datum .....

Podpis zákonného zástupce

tel. kontakt na zákonného zástupce

Zde prosím přiložte kopii kartičky  
zdravotní pojišťovny.