**Písemné prohlášení zákonných zástupců dítěte**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti: ……………………………………………………………………………………

narozenému: ……………………………………. bytem: ……………………………………………………………………….

ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, 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 toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Prohlašuji, že dítě nemá vši ani hnidy.

Dítě je schopno zúčastnit se **lyžařsko-snowboardového kurzu** v Rokytnici v Orlických horách od **4.2.** do 9**.2. 2024.**

Jsem si vědom (vědoma) právních následků, které by mé postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé, zejména jsem si vědom (vědoma) toho, že bych se v takovém případě dopustil (dopustila) přestupku podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 185/1990 Sb a doplňku z roku 1992

V ………………………………………………………………………. dne:4.2. 2024

Podpis zákonného zástupce: ………………………………………………………………………………………………….

Telefonní číslo na otce: …………………………………..…….. matku: ………………………………….....................

**Další případné potíže, informace + kopii kartičky zdravotní pojišťovny uveďte prosím na druhou stranu.**

**Písemné prohlášení zákonných zástupců dítěte**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti: ……………………………………………………………………………………

narozenému: ……………………………………. bytem: ……………………………………………………………………….

ani jiným osobám, které s ním žijí ve společné domácnosti, 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 toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Prohlašuji, že dítě nemá vši ani hnidy.

Dítě je schopno zúčastnit se **lyžařsko-snowboardového kurzu** v Rokytnici v Orlických horách od **4.2.** do **9.2. 2024.**

Jsem si vědom (vědoma) právních následků, které by mé postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé, zejména jsem si vědom (vědoma) toho, že bych se v takovém případě dopustil (dopustila) přestupku podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 185/1990 Sb a doplňku z roku 1992

V ………………………………………………………………………. dne: 4.2. 2024

Podpis zákonného zástupce: ………………………………………………………………………………………………….

Telefonní číslo na otce: …………………………………..…….. matku: ………………………………….....................

**Další případné potíže, informace + kopii kartičky zdravotní pojišťovny uveďte prosím na druhou stranu.**