**Prohlášení o bezinfekčnosti**

Jméno a příjmení zákonného zástupce……………………………………………………………………………………………..

bytem……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Prohlašuji, že v naší rodině nám ošetřující lékař nenařídil změnu režimu, žádný z členů rodiny nejeví známky akutního onemocnění (teplota, průjmy, respirační onemocnění, kašel aj.) a nebylo nám aktuálně orgánem hygienické služby nařízeno karanténní opatření z žádného důvodu.

Současně prohlašuji, že

* nikdo z členů naší rodiny si není vědom, že byl za uplynulých 15 dnů ve styku s osobami, které jsou nebo byly označeny jako rizikové s ohledem na možnou nákazu koronavirem (dále COVID-19) nebo které onemocněly jakýmkoli infekčním onemocněním nebo jsou potencionálně podezřelé z nákazy COVID-19,
* pokud některý člen z rodiny absolvoval karanténní opatření nebo byl léčen v rámci COVID-19, bylo toto léčení orgánem ochrany zdraví plně ukončeno bez dalších doporučení,
* v případě, že se vědomě některý z členů rodiny dostane do styku s osobami podezřelými z možné nákazy COVID-19 nebo mu bude nařízeno karanténní opatření, budu bez zbytečného odkladu informovat ředitelku (ředitele) školy.

Se zařazením svého dítěte (jméno, příjmení, datum narození) do kolektivního zařízení

…………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………

jsem si plně vědom(a) potenciálních rizik spojených s možnou nákazou COVID 19.

Moje dítě trpí ALERGIÍ: ANO\* NE\*

\* Zaškrtněte jednu z možností.

V případě, že ANO, přikládám potvrzení od lékaře, že dítě je léčeno alergologem a projevy jeho onemocnění mohou být zaměněny za příznaky respiračního onemocnění.

Prohlašuji, že jednám v plném souladu s druhým zákonným zástupcem dítěte.

V ………………………………..

dne…………………………….. ……..……………………………………………………….

Podpis zákonného zástupce