Prohlášení o bezinfekčnosti

Příjmení a jméno dítěte:	
Dat.naroz.:Tel.kontakt:Tel.kontakt	
Bydliště:	
nebo hnid, vyhrazuje si provozovatel právo nepřijmout dítě na LDT do účinného odstranění pedikulózy a to bez možnosti uplatnění jakýchkoliv nároků ze strany zák. zástupce. Dítě má tato zdravotní omezení:	
Dítě užívá tyto léky:	
U svého dítěte chci upozornit na (alergie, nevolnost při cestování apod.):	
Jsem si vědom(a) právních následků, které by vznikly v případě nepravdivých údajů v tomto prohlášení.	
V dne 22.7.2018	
Podpis zákonných zástupců ze dne, kdy dítě odjíždí na tábor ! odevzdejte při odjezdu dítěte na tábor !	

Vyjádření lékaře

ıř)	
í léka	
vypln	
Sb	
2004	
148/20	i, že dítě
a Č	že
/hláška č.148/2004 Sb	rzuji, ž
e,	otv
duj	ů p
vyžad	ích záznamů potvrzuj
ění	záz
ZĎ	ch
ohoto znění vy	votní
ní t	dra
'rze	e Zi
(Potr	Podl