## Prohlášení o bezinfekčnosti

Příjmení a jméno dítěte:
Dat.naroz.:Tel.kontakt:
Bydliště:
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 23.7.2017
Podpis zákonných zástupců <b>ze dne, kdy dítě odjíždí na tábor</b> ! odevzdejte při odjezdu dítěte na tábor !

## Vyjádření lékaře

(Potvrzení tohoto znění vyžaduje vyhláška č.148/2004 Sb.- vyplní lékař)

(1 otvizeni tonoto znem vyzaduje vymaska c.146/2004 50 vypini tekar)
Podle zdravotních záznamů potvrzuji, že dítě
a) se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním ANO - NE
b) je imunní proti nákaze (typ/druh)
c) má trvalou kontraindikaci proti očkování (typ/druh):
d) je alergické na:
d) je dielgieke ild
a) 41 and a dala × n×(n/ 1/1m) (true / 1m) = 4/m/m).
e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):
Další upozornění:
Další upozornění:
V souladu se zdravotními předpisy prohlašuji, že dítě
j e – n e n í
zdravotně způsobilé k účasti na dětských hromadných zotavovacích
akcích.
(příp.omezení:)
(ff)
V dne
V
Dadain a ne-44 141Y-
Podpis a razítko lékaře
(Vyjádření je platné 12 měsíců od data jeho vydání, pokud v souvislosti s nemocí
v průběhu této doby nedošlo ke změně.)
' anevzaeite nri aaiezaii aitete na tanar-ci iine steinena vyznamii'