## Prohlášení o bezinfekčnosti

Příjmení a jméno dítěte:
Dat.naroz.:Tel.kontakt:
Bydliště:
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 <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 otvizem tonoto znem vyzadaje vymaska e.i 10/2001 So. vypim 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:
e) dlouhodobě užívá léky (typ/druh, dávka):
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:)
V dne
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.)
! odevzdejte při odjezdu dítěte na tábor-či jiné stejného významu!