****

**VYHLÁSENIE O BEZINFEKČNOSTI PROSTREDIA**

**rodiča/ zákonného zástupcu**

Vyhlasujem, že dieťa (meno a priezvisko): ..............................................................................................................................................,

bytom: ...........................................................................................................................................................................................................,

**neprejavuje príznaky akútneho ochorenia** a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast, menovanému dieťaťu **nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor, alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia, alebo iné osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli **v priebehu posledného týždňa** do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. COVID-19, hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkovité ochorenie ani iné závažné infekčné ochorenie).

*V prípade pravidelného užívania akýkoľvek liekov, konzultujte túto skutočnosť s hlavným vedúcim LT .*

Som si vedomý/-á právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý/-á, že by som sa dopustil/-a priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno a priezvisko rodiča/ zákonného zástupcu: ..............................................................................................................................

Adresa rodiča/ zákonného zástupcu: .................................................................................................................................................

Telefón na rodiča/ zákonného zástupcu: ...........................................................................................................................................

 ...........................................................

V ..................................., dňa: ............................... Podpis rodiča/ zákonného zástupcu

**POTVRDENIE DETSKÉHO LEKÁRA** ˡ

Potvrdzujem, že dieťa (meno a priezvisko): .................................................................................................................,

je zdravotne spôsobilé a môže sa zúčastniť denného letného tábora v CVČ Domino Zvolen.

Dieťa pravidelne UŽÍVA / NEUŽÍVA² lieky.

Lieky, ktoré pravidelne užíva: ........................................................................................................................................

 .............................................. ....................................................................

 Dátum Pečiatka a podpis detského lekára

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ˡ nie staršie ako 3 dni

² nehodiace sa prečiarknite