

## POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI – žák/student

**Jméno:** .....

**Datum narození:** .....

**Škola:** ZŠ Mukařov

**Třída:** .....

**Akce:** Adaptační kurz pro 6. ročník

**Od-do:** 6. – 8.09.2023

**Tel. kontakt na zák. zástupce:** .....

### Potvrzení o bezinfekčnosti

Potvrzuji, že můj syn/má dcera, jakož i žádný z příslušníků domácnosti, ve které můj syn/má dcera žije, nemá a neměl/a během uplynulých 14 dnů lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu, změnu režimu nebo zvýšený lékařský dozor, není infekčně nemocný/á (upozornění: i vši jsou infekční onemocnění) a nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, bolesti hlavy, v krku atd). Není mi též známo, že by v průběhu posledních 14 dnů přišel/přišla do styku s osobou, která je infekčně nemocná, má nebo měla lékařem nebo hygienickou stanicí nařízenou karanténu nebo je u ní podezření na výskyt infekčního onemocnění.

V Mukařově dne

Podpis zákonného zástupce: .....

### **Další zdravotní informace**

Svým podpisem níže potvrzuji, že se můj syn/má dcera podrobil/a stanoveným pravidelným očkováním.

Můj syn/má dcera má kontraindikaci proti očkování nebo lékům (*uvedte lék/druh očkování i v případě, že se alergická reakce projevila jen jednou*):

Mé dítě pravidelně užívá tyto léky (léky přiložit v podepsané obálce/taštičce): zde uveďte alergie/zdravotní omezení a názvy léků, které aktuálně užívá, a popište dávkování podle vzoru: např. 1-0-1/2 znamená, že ráno bere jednu celou tabletu, v poledne nic a večer půlku tablety.

**Zdravotní záznam:**

**Vlastní léky:**