

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji svým podpisem, že moje dítě
neprodělalo v minulých dnech žádnou infekční chorobu a ani nemělo vědomý kontakt s takto nemocným člověkem.

Sdělte nám prosím, zda Váš syn / dcera trpí zdravotními obtížemi, které by mohly ovlivnit jeho / její účast na kurzu (např. alergie, srdeční arytmie, zvláštní léky apod.).

Obtíže/léky/další důležité informace (můžete použít i druhou stranu tiskopisu)

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

Podpis zákonného zástupce žáka:

Souhlas s ošetřením dítěte

Akce Datum

Jméno, příjmení dítěte Třída:

Datum narození: Adresa:

Telefonní kontakt na rodiče po dobu pobytu

Po dobu konání kurzu souhlasím s ošetřením dítěte lékařem či zdravotníkem kurzu případně s ošetřením ve zdravotnickém zařízení. O ošetření dítěte ve zdravotnickém zařízení bude rodič telefonicky informován.

V dne Podpis zák. zástupce žáka