

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že mé dítě: _____

Narozené: _____

Bytem: _____

Nemá lékařem nařízenou karanténu, není infekčně nemocné a v poslední době se nedostalo do styku s osobou, která nemá lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná.

Datum :

Podpis:

Vyplní lékař:

PROHLÁŠENÍ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Alergie:

Trvalé užívání léků:

Antibiotika za posledních šest měsíců (jaká/kdy):

Očkování proti:

Upozorňuji u dítěte na:

Datum :

Razítko a podpis: