**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE O BEZINFEKČNOSTI PRO AKCI MOŘSKÁ HVĚZDA – CHORVATSKO 2022**

**Předat u autobusu doprovodnému pracovníkovi**

**Bez tohoto potvrzení NEBUDE dítě přijato k přímořskému ozdravnému pobytu!**

|  |
| --- |
| **Jméno a příjmení dítěte: ...................................................................................................**.  **Datum narození:** …………………………………………………………….  **telefon na zákonné zástupce dítěte - matka:**......................................... **otec:** ..................................... **jiné kontaktní spojení v době pobytu:**.................................................................................................. |
| **P R O H L Á ŠE N Í Z Á K O N N Ý CH Z Á S T U P C Ů D Í T Ě T E O B E Z I N F E KČN O S T I**  **Nesmí být starší než 1 den před odjezdem (rozhodné datum je den přijetí na akci). (Potvrzení o bezinfekčnosti se starším datem bude považováno za neplatné).**  **Prohlašuji, že:**   1. ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota), **vzhledem k epidemiologické situaci se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. Zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti či čichu, průjem a bolest hlavy, atd**. Okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření ani zvýšený zdravotní dohled. Dítě je schopno zúčastnit se přímořského ozdravného pobytu v Chorvatsku. Nejsou mi známy žádné okolnosti, jež by mohly nepříznivě ovlivnit jeho pobyt.   2. **ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo**  **podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníkovi rodiny žijícímu s ním ve společné**  **domácnosti, není nařízeno karantenní opatření.** |
| Jsem si vědom(a) právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.  Jméno, příjmení zákonného zástupce: .......................................................................................................  V ........................................................................................... dne .......................................................................  Podpis zákonného zástupce: .................................................................................................................... |
| Další důležitá sdělení zákonných zástupců dítěte pro lékaře nebo výchovného pracovníka:  ....... . ..... . .... . . .... . ....... . ..... . . ... . ..... . ....... . . . ... . .... . ..... . .... . .. . ..... . .... .  ....... . ..... . .... . . .... . ....... . ..... . . ... . ..... . ....... . . . ... . .... . ..... . .... . .. . ..... . .... .  ....... . ..... . .... . . .... . ....... . ..... . . ... . ..... . ....... . . . ... . .... . ..... . .... . .. . ..... . .... . |