



POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti

.....

s datem narození

.....

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota, apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo toto dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě **JE SCHOPNO** zúčastnit se
organizované oblastním spolkem **Českého Červeného Kříže Kolín**

v termínu oddo

V dne

Podpisy zákonných zástupců nezletilého v den odjezdu:

.....
Jméno, příjmení

.....
Jméno, příjmení