

Potvrzení o bezinfekčnosti ubytovaného nezletilého žáka

Jméno a příjmení žáka:

Zdravotní pojišťovna žáka:

Jméno a příjmení ošetřujícího dětského lékaře žáka:

Datum narození žáka:

Bydliště:

Jméno a příjmení matky: Tel:

Jméno a příjmení otce: Tel:

Prohlášení zákonného zástupce nezletilého žáka:

Prohlašuji, že ošetřující dětský lékař nenařídil změnu režimu mého syna / mé dcery a nejeví známky akutního onemocnění.

V uplynulých 14 kalendářních dnech před nástupem do domova mládeže syn/dcera nepřišel/la do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním, nebo osobou podezřelou z nákazy, ani mu/jí nebylo nařízeno karanténní opatření a tudíž je

schopen / schopna pobytu v domově mládeže.

Jsem si vědom/a právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mnou podepsané prohlášení bylo nepravdivé.

Vdne:

matka:

otec:

podpisy zákonných zástupců

Poznámka:

Podpis zákonných zástupců žáka nezletilého žáka **nesmí být starší než 1 den před nástupem do domova mládeže**. Potvrzení odevzdá zákonný zástupce žáka v den nástupu do DM.