**PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

30.6.-4.7.2025 7.-11.7.2025 25.-29.8.2025

**Jméno a příjmení účastníka:** ……………………………………………………………………………….

**Bydliště účastníka:** …………………………………………………………………………………………….

**Zákonný zástupce prohlašuje, že veškeré zdravotní překážky dítěte a další skutečnosti uvedl v tomto dokumentu pravdivě.**

**Alergie**

 ANO - typ; druh léčby: ………………………………………………………………………………….

 ………………………………………………………………………………….

 NE

**Dlouhodobě užívané léky**

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..

**Můj syn/dcera může domů odcházet:**

 SÁM/SAMA S DOPROVODEM – jména a příjmení doprovodu

…….…………………………………………………………………..

…….…………………………………………………………………..

**Bezinfekčnost**

Prohlašuji, že okresní hygienik, ani ošetřující lékař mému synovi/dceři - účastníku příměstského tábora, pořádaný ve výše zmíněném termínu, NENAŘÍDIL, karanténní opatření /karanténu, zvýšený dozor nebo lékařský dohled /, a že mi též není známo, že v posledním týdnu přišel účastník tábora, který je v mé péči do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

**Jsem si vědom/a/ právních následků, které by mě postihly, kdyby mé prohlášení nebylo pravdivé.**

V ……………………………………… dne ……………………………. ..…………………………………………

 podpis zákonného zástupce