

7.

PIONÝRSKÁ SKUPINA

DĚČÍN

### PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ DÍTĚTE

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil

dítěti: .....

narozenému dne ..... změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teploty, kašel, dušnost, ztráta čichu apod.) a hygienik ani ošetřující lékař nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou nebo jsou z nákazy podezřelé nebo jsou v karanténě.

#### Kontakt pro případné rychlé spojení v době konání akce:

jméno: .....

telefon: .....

jméno: .....

telefon: .....

dne: .....

.....  
podpis zákonného zástupce

Toto prohlášení se podepisuje ke dni odjezdu na zotavovací akci.