**PROHLÁŠENÍ RODIČŮ**

Jméno a příjmení dítěte: ................................................................................................

Rodné číslo dítěte: .........................................................................................................

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního

onemocnění (průjem, teplota a podobně) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil

karanténní opatření. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s

osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno účasti na táboře MS.

Upozorňuji táborového zdravotníka na nutnost brát zřetel na některé obtíže mého dítěte -

např. alergie, astma, užívané léky:........................................................................................................

...............................................................................................................................................................

Dítě je zdravotně pojištěno u : .............................................................................................................

**Datum ze dne odjezdu dítěte na tábor**:...................

Podpis rodičů:........................................................................................................................................

**PROHLÁŠENÍ RODIČŮ**

Jméno a příjmení dítěte: ................................................................................................

Rodné číslo dítěte: .........................................................................................................

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil mému dítěti změnu režimu. Dítě nejeví známky akutního

onemocnění (průjem, teplota a podobně) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil

karanténní opatření. Není mi také známo, že by dítě v posledních čtrnácti dnech přišlo do styku s

osobami, které onemocněly přenosnou nemocí. Dítě je schopno účasti na táboře MS.

Upozorňuji táborového zdravotníka na nutnost brát zřetel na některé obtíže mého dítěte -

např. alergie, astma, užívané léky:........................................................................................................

...............................................................................................................................................................

Dítě je zdravotně pojištěno u : .............................................................................................................

**Datum ze dne odjezdu dítěte na tábor**:...................

Podpis rodičů:........................................................................................................................................