

PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Formulář lze vyplnit elektronicky kliknutím na textová pole ohraničená šedou barvou

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE*

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Telefon:

ŽÁK – ÚČASTNÍK ZÁJEZDU

Jméno a příjmení:

Třída:

Obor vzdělávání: 79-41-K/41 Gymnázium

Datum narození:

Bydliště:

Prohlašuji, že lékař změnu režimu.

známky akutního onemocnění (teplota, průjem, apod.) a lékař ani okresní hygienik nenařídil karanténní opatření. mi známo, že by přišel/přišla do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Sdělení pro zdravotníka:

V dne .

.....

Podpis žáka

.....

Podpis zákonného zástupce*

* Položku/oddíl nevyplňuje zletilý žák