

Potvrzení o bezinfekčnosti ubytovaného nezletilého žáka

Jméno a příjmení žáka:

Zdravotní pojišťovna žáka:

Jméno a příjmení dětského lékaře žáka:

Datum narození žáka:

Bydliště:

Příjmení matky:Tel.:

Příjmení otce:Tel.:

Potvrzení o bezinfekčnosti – prohlášení zákonného zástupce nezletilého žáka

Prohlašuji, že ošetřující dětský lékař nenařídil změnu režimu mé(ho) dcery (syna) a nejeví známky akutního onemocnění.

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

schopen(na) pobytu v domově mládeže.

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

V dne matka:

otec:

podpisy zákonných zástupců žáka

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.