**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení *(dítěte)***

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

**datum narození:** ...................................................................................................................................

**trvale bytem:** ….....................................................................................................................................

Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění *(např. zvýšená teplota, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)*.

V .......................................

Dne ...................................

………………………………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce nezletilého nebo zletilého dítěte

**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení *(dítěte)***

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

**datum narození:** ...................................................................................................................................

**trvale bytem:** ….....................................................................................................................................

Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění *(např. zvýšená teplota, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)*.

V .......................................

Dne ...................................

………………………………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce nezletilého nebo zletilého dítěte