



Vyhlásenie o bezinfekčnosti

Vyhlasujem, že:

Meno a priezvisko dieťaťa	
Dátum narodenia dieťaťa	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa	

- neprejavuje ani jeden z nasledujúcich príznakov: neprimeraná únava, bolesť hlavy a tela, zvýšená telesná teplota, známky ochorenia dýchacích ciest (nádcha, bolesť hrdla, strata čuchu a chuti, kašeľ, sťažené dýchanie), známky ochorenia tráviaceho traktu (bolesť brucha, vracanie, hnačka),
- regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast nenariadil karanténne opatrenie,
- dieťa nebolo v priebehu ostatných 7 dní v úzkom kontakte s osobou pozitívnu na ochorenie COVID-19.

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno a priezvisko zákonného zástupcu	
Adresa zákonného zástupcu	
Tel. č. zákonného zástupcu	

V dňa

.....
Podpis