

**POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI,**  
**INFORMACE O UŽÍVANÝCH LÉCÍCH, ALERGIÍCH**  
**A ZDRAVOTNÍCH OMEZENÍCH**

Potvrzuji, že moje dítě .....,

narozené dne ....., nepřišlo v posledních čtrnácti dnech do styku s infekční chorobou, že mu nebyla nařízena karanténní léčba a ani mu nebyly nalezeny vši či jiní cizopasnici.

Názvy léků, které dítě užívá, jejich dávkování a způsob použití:

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

Léky, které má dítě u sebe:

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

Alergie, zdravotní omezení (uvedte i fobie apod.):

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

U vážnějších zdravotních problémů uveďte jméno a tel. číslo odborného lékaře:

.....

Dne .....

.....

Podpis zákonného zástupce