

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