# 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.