## Potvrzení o bezinfekčnosti

Potvrzujeme tímto že: …………………………………………………….. narozen …………………….. nepřišel v posledním období do styku s infekčními chorobami a že je zdráv natolik, aby mohl absolvovat soustředění ve dnech …………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Toto potvrzení nesmí být starší nežli tři dny.***

Spojení na rodiče ve výše uvedených dnech: …………………………………………………………………

Výše jmenovaný má tyto nemoci a alergie: …………………………………………………………………….

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

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

Požívá tyto léky a je poučen o jejich užívání: …………………………………………………………………..

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

Další omezení: …………………………………………………………………………………………………………………

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

Podpis alespoň jednoho z rodičů: …………………………………………………..

Dne: ……………………………………………………………….