**Potvrzení o bezinfekčnosti**

Zakroužkujte prosím požadovaný termín: **10-14.7. 2017 17-21.7.2017 14-18.8.2017**

Jméno a příjmení účastníka prázdninového tábora:............................................................................................................

Adresa trvalého bydliště:......................................................................................................................................................

Datum narození:...........................Kontakt na zákonného zástupce (tel.):...........................................................................

**Potvrzení o zdravotním stavu dítěte**.

Potvrzuji, že můj syn/dcera netrpí přenosnými infekčními chorobami (bradavice, opary, ekzémy, apod.) a nemá lékařem nařízenou karanténu, v poslední době se nedostalo do styku s osobou, která má lékařem nařízenou karanténu nebo je infekčně nemocná. Prohlašuji, že se může zúčastnit prázdninového tábora.

Jakékoliv zdravotní omezení, užívání léků apod. vypište slovy:

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

Souhlasím s tím, že v době konání ani po jeho ukončení nebude poskytovat SZMH náhrady za absenci dítěte.

Datum:.......................... Podpis zákonného zástupce:......................................
(ne starší 2 dny před nástupem)

Ústřižek prosím doneste s sebou + ofocenou kartičkou pojišťovny při zahájení tábora

**----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**