**Vyhlásenie zákonného zástupcu o BEZINFEKČNOSTI**

Vyhlasujem, že dieťa .........................................................................,

bytom v  ..................................................................................., **neprejavuje príznaky akútneho ochorenia** (telesná teplota nad 37,5 °C alebo triaška, malátnosť, neprimeraná únava, začervenané, zapálené oči s výtokom, upchatý nos so sťaženým dýchaním nosom, hustý skalený, zafarbený (žltý, zelený) výtok z nosa (nádcha), bolesť uší, výtok z uší, oslabený sluch, suchý dusivý kašeľ, vlhký produktívny kašeľ, vracanie, riedka stolica niekoľkokrát denne, novovzniknuté začervenanie kože, vyrážky, chrasty a pod. na koži), **že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

**Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie** (napr. COVID-19, hnačka, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

V ................................. dňa ...................

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu: |  |
| Adresa zákonného zástupcu: |  |
| Telefón zákonného zástupcu: |  |
| Podpis zákonného zástupcu: |  |

**Vyhlásenie zákonného zástupcu o BEZINFEKČNOSTI**

Vyhlasujem, že dieťa .........................................................................,

bytom v  ..................................................................................., **neprejavuje príznaky akútneho ochorenia** (telesná teplota nad 37,5 °C alebo triaška, malátnosť, neprimeraná únava, začervenané, zapálené oči s výtokom, upchatý nos so sťaženým dýchaním nosom, hustý skalený, zafarbený (žltý, zelený) výtok z nosa (nádcha), bolesť uší, výtok z uší, oslabený sluch, suchý dusivý kašeľ, vlhký produktívny kašeľ, vracanie, riedka stolica niekoľkokrát denne, novovzniknuté začervenanie kože, vyrážky, chrasty a pod. na koži), **že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

**Nie je mi známe, že by dieťa, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie** (napr. COVID-19, hnačka, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

V ................................. dňa ...................

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko zákonného zástupcu: |  |
| Adresa zákonného zástupcu: |  |
| Telefón zákonného zástupcu: |  |
| Podpis zákonného zástupcu: |  |