

PŘÍMĚSTSKÉ TÁBORY ZUŠ UHERSKÝ BROD

PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE DÍTĚTE

Prohlašuji, že

můj syn / má dcera:

datum narození:

bytem trvale:

1. nejví známky akutního onemocnění (například horečka, zvýšená teplota, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu atd.),
2. ve 14 dnech před konáním tábora nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou nebo podezřelou z nákazy infekčním onemocněním a ani mu není nařízeno karanténní opatření

Prohlašuji, že po skončení denního programu bude odcházet **samostatně / budu si pro něj docházet** (nehodící se škrtněte).

Telefonické spojení pro případný kontakt v době konání tábora

V dne

.....
Jméno zákonného zástupce

.....
Podpis