

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno:

Příjmení dítěte:

--	--

Abychom mohli zajistit bezpečné a zdravé prostředí pro všechny děti během LPŠ, potřebujeme znát některé informace, například: zda některé z dětí neprodělalo níže uvedená onemocnění týden před nástupem do LPŠ.

Žádáme Vás proto o vyplnění této tabulky a její předání **v den nástupu** Vašeho dítěte do LPŠ.

Pokud Vaše dítě a/nebo osoba blízká či z blízkého okolí prodělala některou z níže uvedených nemocí v týdnu předcházejícím nástupu Vašeho dítěte do LPŠ, vyplňte “√” jako **ano** k této konkrétní nemoci. V opačném případě proškrtněte “X” jako **ne**.

	Prodělalo Vaše dítě tuto nemoc?	Jiná osoba?
Spalničky		
Žloutenka		
Plané neštovice		
Příušnice		
Chřipka		
Průjem (Střevní chřipka)		
Vši		
Roupy		
Jiné:		

Rodič / Zákonný zástupce (datum, podpis) :