******

***Základní škola s rozšířenou výukou jazyků a Mateřská škola Litvínov,***

***Podkrušnohorská 1589, okres Most   
se sídlem: Podkrušnohorská 1589, 436 01 Litvínov***

|  |  |
| --- | --- |
| **Potvrzení o bezinfekčnosti**  **(písemné prohlášení zákonného zástupce)** | |
| Prohlašuji, že dle posledního záznamu lékaře ve zdravotním a očkovacím průkazu je | |
| syn (dcera) |  |
| (narozena) |  |
| bydlištěm |  |
| zdravotně způsobilý/á navštěvovat naši školu v daném termínu nařízeném usnesením vlády ČR č.219 ze dne 15. března 2020 | |
| zákonný zástupce (jméno, příjmení, trvalé bydliště, tel. číslo): | |
| a od poslední pravidelné preventivní prohlídky se zdravotní způsobilost dcery(syna) nezměnila. | |
| Současně prohlašuji, že ošetřující lékař nebo KHS nenařídil výše jmenovanému synovi (dceři), který (která) je v mé péči, změnu režimu, a že nejeví známky akutního onemocnění, zvýšené teploty, respiračních onemocnění. V průběhu 14 kalendářních dnů nepřišel (nepřišla) do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření. Prohlašuji, že ani doprovázející osoba nejeví známky akutních respiračních onemocnění. V průběhu pobytu dítěte v našem zařízení, je povinností zákonného zástupce bez odkladů informovat vedení školy o jakýchkoli změnách zdravotního stavu nebo nařízení karantény.  Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé. | |
| Datum a podpis zákonného zástupce |  |