**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení účastníka skupinové aktivity**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Datum narození:** …………………………………………………………………………………………………………………………………

**Trvale bytem:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………

žádáme účastníky skupinového vyšetření, aby se při příznacích či podezření na respirační onemocnění zůstali doma a screeningu školní zralosti se neúčastnili.

Prosíme o ohleduplnost.

Prohlašuji, že se u výše uvedeného účastníka skupinového vyšetření, které se koná dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu, apod.)

V ……………………………………

Dne ……………………………….

…………………………………………………………………………………

Podpis zletilého účastníka/ zákonného zástupce nezletilého