

ZÁKLADNÁ ŠKOLA, ADYHO 6 , 943 01 ŠTÚROVO

Písomné vyhlásenie zákonného zástupcu o zdravotnej spôsobilosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťaťa alebo žiaka	
Dátum narodenia dieťaťa alebo žiaka	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa alebo žiaka	
Meno, priezvisko, adresa bydliska a kontakt na účely komunikácie zákonného zástupcu*	

Vyhlasujem, že:**

Dieťa alebo žiak je zdravotne spôsobilý na pobyt v kolektíve aj s ohľadom na charakter výcviku alebo kurzu.

Áno

Nie

Dieťa alebo žiak pravidelne užíva lieky.

Áno

Nie

Ak áno, aké: (názov lieku, dávkovanie lieku a frekvencia užívania lieku)

.....
.....

- Dieťa alebo žiak neprejavuje príznaky akútneho ochorenia.
- Dieťa alebo žiak je alergické na nejaké potraviny , lieky /napísať aké/

.....
.....

- Dieťa alebo žiak nemá nariadené karanténne opatrenie, alebo zákonný zástupca nedisponuje informáciou, že by dieťa alebo žiak počas 14 dní predchádzajúcich dňu odchodu na výcvik alebo kurz prišlo do kontaktu s osobou chorou na prenosné ochorenie alebo osobou podozrivou z nákazy prenosným ochorením.
- Podľa informácií dostupných zákonnému zástupcovi, žiadna z osôb, s ktorými dieťa alebo žiak žije v spoločnej domácnosti, neprišla v priebehu posledných 14 dní do styku s osobami, ktoré prekonali prenosné ochorenie (napríklad hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

Som si vedomý(á), že pri zmene zdravotného stavu dieťaťa alebo žiaka a prejave príznakov prenosného ochorenia (napríklad zvýšená teplota, vracanie, hnačka) sa dieťa alebo žiak nemôže zúčastniť výcviku alebo kurzu.

V..... dňa.....
(meno, priezvisko a podpis zákonného zástupcu)