**POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno účastníka |  |
| Datum narození |  |
| Zdravotní pojišťovna |  |
| Jméno pěstouna |  |
| Adresa bydliště |  |

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění a hygienik a ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.

|  |  |
| --- | --- |
| Alergie |  |
| Léky + dávkování |  |
| Dieta + nejí |  |
| Ostatní (brýle, noční pomočování, usínání apod.) |  |

V případě potřeby možno volat na telefon: ……………………………………………………

V …...................................... dne:……………………

 Podpis pěstouna: ……………………........…..