



## SEDMIČKA Planá nad Lužnicí z.s.

Kontaktní adresa: Strkovská 98, 391 11 Planá nad Lužnicí  
Bankovní spojení: Komerční banka, číslo účtu: 107-6804210297/0100  
IČ: 02 48 88 33, DIČ: CZ 02 48 88 33

**LT VÁVROVKA, 30.6. – 14.7. 2024**

### PROHLÁŠENÍ ZÁKONNÝCH ZÁSTUPCŮ O BEZINFEKČNOSTI

Jméno a příjmení dítěte: ..... Datum narození: .....

Adresa trvalého bydliště: .....

U svého dítěte upozorňuji na tyto nemoci (postižení) a nutnost léků, které mohou ovlivnit jeho účast na táboře a nebyly uvedeny ošetřujícím lékařem v posudku o zdravotní způsobilosti dítěte:

.....  
.....

Můj syn/moje dcera nejeví známky akutního onemocnění (zvýšená teplota, horečka, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd.) a ve 14 kalendářních dnech před odjezdem nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním v domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Beru na vědomí, že je mou povinností informovat provozovatele tábora, pokud by se do 14 dnů po jeho ukončení u dítěte objevilo infekční onemocnění (COVID-19). Beru na vědomí, že v případě prokazaného případu COVID-19 bude tábor ukončen a zákonní zástupci musí sami zajistit dopravu dítěte z tábora domů.

**Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.**

V ..... dne .....

.....  
Jméno a příjmení zákonného  
zástupce (rodiče)

.....  
Podpis zákonného zástupce  
(rodiče)

.....  
Jméno a příjmení zákonného  
zástupce (rodiče)

.....  
Podpis zákonného zástupce  
(rodiče)

Toto prohlášení musí být vyplněno zákonným zástupcem dítěte **nejdříve** v den nástupu dítěte na tábor a předáno spolu se souhlasem s ošetřením nezletilé osoby a s fotokopíí kartičky pojišťovny přebírajícímu pracovníkovi tábora!