

## Vyhlásenie

Rodiča / zákonného zástupcu dieťaťa o bezinfekčnosti a bezpríznakovosti dieťaťa

Meno a priezvisko dieťa: \_\_\_\_\_

Dátum a miesto narodenia dieťaťa: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska dieťaťa: \_\_\_\_\_

Názov súboru, ktorý navštevuje: DFS Kobylka

Miesto konania nácvikov: Istra Centrum, Hradištná 34, 841 07 Bratislava

Prehlasujem, že moje dieťa **neprejavuje príznaky akútneho ochorenia**, že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému **dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie** (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by dieťa alebo osoby, ktoré s ním žijú v spoločnej domácnosti, prišli v priebehu posledných 7 dní do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenia (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami). **Dieťa nebolo v priebehu ostatných 7 dní v úzkom kontakte s osobou pozitívnou na ochorenie COVID-19.**

**Čestne prehlasujem, že hore menovanému dieťaťu bol vykonaný samodiagnostický antigénový test za účelom zistenia prítomnosti vírusu SARS-CoV-2 v domácom prostredí, nie starší ako 48 hodín, s negatívnym výsledkom.**

Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 56 zákona č. 355/2007 Z. z. o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Meno a priezvisko zák. zástupcu: \_\_\_\_\_

Telefón zákonného zástupcu: \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupcu:

Dátum	Podpis	Dátum	Podpis