**INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU DÍTĚTE**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………….

Datum narození: ………………………………………………………………………..

Rodné číslo: …………………………………………………………………………….

Zdravotní pojišťovna:………………………..číslo průkazky ZP……………………..

Prohlášení o bezinfekčnosti

Prohlašuji, že výše uvedený/á syn/dcera nepřišel/a za posledních 14 dní do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani neprodělal/a infekční chorobu. a není mu/jí nařízeno karanténní opatření

Alergie, zdravotní problémy …………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………..

 …………………………………………………………………………………..

# Užívané léky

*Vyplňte pouze v případě, že Vaše dítě užívá nějaké léky.*

Název léku ……………………………………………………………………………..

na co lék užívá ……………………………………………………………………....

kdy (v kolik hodin) ………………………………………………………………….

množství …………………………………………………………………………….

jiné údaje ……………………………………………………………………………

Název léku ……………………………………………………………………………..

na co lék užívá ……………………………………………………………………....

kdy (v kolik hodin) ………………………………………………………………….

množství …………………………………………………………………………….

jiné údaje ……………………………………………………………………………

V případě zdravotních problémů souhlasím s lékařským ošetřením mého syna / dcery.

Vyplněno dne: ………………… Podpis rodičů: ………………..

Telefonní kontakt na rodiče ( aneb komu volat v případě nutnosti):………………………………………………………………………………….