

POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI

Potvrzuji, že _____ (jméno),
narozen/a _____

- a) nejeví známky akutního onemocnění (horečka, průjem, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu apod.),
- b) ve 14 dnech před odjezdem nepřišel/a do styku s osobou nemocnou COVID-19 nebo jiným infekčním onemocněním nebo osobou podezřelou z nákazy a ani mu není nařízeno karanténní opatření,
- c) ve 14 dnech před odjezdem nepobýval/a v zahraničí (v případě, že ano, uveďte prosím kde).

V _____ dne _____

(Podpis zákonného zástupce)