

## Potvrzení o bezinfekčnosti 14. letní soustředění Fantasy Dance Studia - 1. termín

Jméno a příjmení : .....

Datum narození : .....

Adresa ulice : ..... č.p. ....

Město : ..... PSČ : .....

Telefon (domů) : ..... Mobil : .....

Dítě je pojištěncem zdravotní pojišťovny : .....

Jméno a příjmení matky : ..... Tel.:.....

Jméno a příjmení otce : ..... Tel.:.....

Další důležité informace pro péči o dítě : ( předepsané léky, alergie, apod.):

.....  
.....

### Prohlášení zákonných zástupců dítěte :

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti (jméno, datum narození).....  
změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a hygienik ani ošetřující  
lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních 2 týdnech přišlo dítě do styku  
s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Dítě je schopno zúčastnit se tanečního soustředění v 1. termínu od 23.7.2017 do 30.7.2017.

Potvrzuji svým podpisem:

1. Seznámili jsme se a souhlasíme s programem pobytu, podmínkami ubytování a stravování
2. Pro pobyt dítěte vybavíme: průkazem pojištěnce, očkovacím průkazem, dostatkem oblečení a vybavení pro absolvování tanečního soustředění.

Podpisem tohoto prohlášení potvrzuji, že jakožto zástupce svého výše uvedeného nezletilého dítěte jsem  
byl(a) seznámen(a) s programem soustředění, které se uskuteční od 23.7.2017 do 30.7.2017 v RZ Radost.  
Jsem si vědom/a právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení bylo nepravdivé.

Beru na vědomí, že mé nezletilé dítě absolvuje taneční soustředění a prohlašuji, že MÁ - NEMÁ sjednáno  
úrazové pojištění.

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

.....  
podpis zákonných zástupců dítěte