

Potvrzení o bezinfekčnosti 14. letní soustředění Fantasy Dance Studia - 2. 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 19.8.2017 do 26.8.2017.

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 19.8.2017 do 26.8.2017 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