## Písemné prohlášení rodičů

**Komunitní tábory na území MAS Blanský les – Netolicko**

Od …………. 2024 do …………… 2024 v

Jméno dítěte \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nar. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prohlašuji, že dítě je v současné době plně zdravotně způsobilé k účasti na komunitním táboře, nejeví známky akut­ní­ho onemocnění (například horečky nebo průjmy), nebo příznaky jiného infekčního onemocnění tj. zvýšená teplota, kašel, dušnost, bolest v krku, ztráta chuti a čichu atd. Současně mi není známo, že by ve 14 kalendářních dnech před konáním komunitního tábora přišlo dítě do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z ná­kazy a ani jemu, ani jinému příslušníku rodiny žijícímu s ním ve společné domácnosti, není nařízeno karanténní opatření.

Jsem si vědom právních a finančních důsledků, které by pro mne vyplynuly, kdyby z nepravdivých údajů tohoto prohlášení vzniklo zdravotní ohrožení dětského kolektivu.

Telefonní a písemné spojení na rodiče po dobu pobytu dítěte na komunitnám táboře:

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis rodičů \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(Datum nesmí být starší 1 dne před nástupem dítěte na tábor)***

*Místo pro nalepení kopie kartičky zdravotní pojišťovny*

***Místo pro nalepení kopie kartičky zdravotní pojišťovny***