



## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

### O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení (dítěte/žáka)**

.....  
**datum narození:** .....

**trvale bytem:** .....

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte/žáka neprojevují příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.).
2. Beru na vědomí ustanovení z Manuálu k provozu škol vydaného MŠMT: „Dítěti/žákovi s přetrvávajícími příznaky infekčního onemocnění, které jsou projevem chronického onemocnění, včetně alergického onemocnění (rýma, kašel), je umožněn vstup do školy pouze v případě, prokáže-li, že netrpí infekční nemocí. Pokud u dítěte/žáka/studenta přetrvávají příznaky jako rýma a kašel, které jsou projevem alergického nebo chronického onemocnění, potvrzuje tuto skutečnost praktický lékař pro děti a dorost.“

V .....

Dne .....

.....  
podpis zákonného zástupce