**Potvrzení BEZINFEKČNOSTI**

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti ………………………………………............ nar. ……………… bytem ……………………………………………………. změnu režimu, že nejeví známky akutního onemocnění / průjem, teplota apod. / a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu neurčil karanténní opatření. Není mi známo, že by v posledních 2 týdnech přišlo do styku s osobami, které onemocněly přenosnou chorobou.

Alergie ..………………………………..............................................................................

Užívané léky …………………………………..................................................................

Případná omezení ..................................................................................................

Souhlasím, aby se moje dcera/syn zúčastnila soustředění v termínu

od 19. 8. do 25. 8. 2023.

Jako zákonný zástupce zmocňuji trenéry klubu VK Litvínov, aby po dobu konání soustředění udělovali za mé nezletilé dítě souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, jejichž potřeba v této době nastane (např. ošetření úrazu i takového, jenž nespadá do kategorie nezbytné péče, léčba běžných nemocí). Současně souhlasím s tím, aby ve shora uvedené době byl zmocněnec informován o zdravotním stavu mého nezletilého dítěte ve smyslu ustanovení §31 zák.č.372/2011Sb. Zároveň určuji trenéry za osoby, na jejíž nepřetržitou přítomnost má moje nezletilé dítě právo při poskytování zdravotních služeb podle §28 odst. 3 písm. e) bod 1, a to ve shora uvedené době konání. Jsem si vědom/a/ právních následků, které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

V Litvínově dne 19. 8. 2023 ……..…………………………………… ……………… podpis zákonného zástupce telefon