**POTVRZENÍ O BEZINFEKČNOSTI**

Prohlašuji, že synovi, dceři…………………………………………………………………….,

datum narození…………………………………………………………………………………...,

adresa ………………………………………………………………………….……………………

ošetřující lékař nenařídil změnu režimu, nejeví známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a krajský hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídili karanténní opatření. Není nám též známo, že v posledních 2 týdnech přišel/přišla do styku s osobami, které onemocněli přenosnou nemocí. Jsme si vědomi právních následků, které by nás postihly, kdyby toto prohlášení bylo nepravdivé.

V Ústí nad Labem, dne 22. 8. 2020

……………………………………………………

podpis zákonného zástupce

**Zmocnění a určení osoby**

**oprávněné dle zákona o zdravotních službách**

Údaje zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: ………………………………………….. nar. dne ………………………

Kontakt (telefon, e-mail): ………………………………………………………

Jako zákonný zástupce zmocňuji pana Václava Suchánka, nar. 3. 3. 1956 a paní Hanu Suchánkovou, nar. 28. 8. 1957, trvale bytem Vinařská 24, Ústí nad Labem, aby po dobu konání sportovního soustředění*,* tj. od 23. 8. do 29. 8. 2020 uděloval 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 výše uvedené osoby, na jejichž 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 sportovního soustředění.

V Ústí nad Labem, dne 23. 8. 2020

……………………………………………………

podpis zákonného zástupce