**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ**

Jméno a příjmení dítěte

…............................................................................................................................................................

datum narození: ...................................................................................................................................

trvale bytem: …......................................................................................................................................

Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte neprojevují příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.).

V Heřmanicích, dne ...................................

………………………………………………………………………………

Podpis zákonného zástupce dítěte