

**Vyhlásenie zákonného zástupcu alebo plnoletého žiaka o bezinfekčnosti**

Vyhlasujem, že žiak/ja, bytom
v, neprejavuje/m príznaky
akútneho ochorenia (telesná teplota nad 37,5 °C alebo triaška, malátnosť,
neprimeraná únava, začervenané, zapálené oči s výtokom, upchatý nos so
sťaženým dýchaním nosom, hustý skalený, zafarbený (žltý, zelený) výtok z nosa
(nádcha), bolesť uší, výtok z uší, oslabený sluch, suchý dusivý kašeľ, vlhký
produktívny kašeľ, vracanie, riedka stolica niekoľkokrát denne, novovzniknuté
začervenanie kože, vyrážky, chrasty a pod. na koži), že regionálny úrad verejného
zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast
menovanému žiakovi/mne nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený
zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by žiak/ja, jeho/moji rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním/so
mnou žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku
s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. COVID-19, hnačka,
vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami)
¹.

V dňa

Meno a priezvisko zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	
Adresa zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	
Telefón zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	
Podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	

¹ pracovníci "prvej línie" (zdravotníci, hasiči a pod.) sa vyjadrujú len k príznakom akútneho ochorenia svojho dieťaťa (žiaka)
a k nariadeniu karantény.