



ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ A PROVEDENÉM TESTOVÁNÍ VIROVÉHO INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

Jméno a příjmení dítěte:

Rodné číslo:

.....

.....

Trvale bytem:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Telefonní kontakt:

.....

.....

1. Prohlašuji,

- že dítě nejeví známky akutního onemocnění (například horečky nebo průjmu), vzhledem k epidemiologické době se rozšiřuje výčet o příznaky infekce COVID-19, tj. zvýšená teplota, horečka, kašel, dušnost, bolest v krku, bolest svalů, ztráta chuti a čichu atd.,
- že ve 14 dnech před nástupem nepřišlo dítě do styku s osobou nemocnou COVID-19 nebo jiným infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy a ani mu není nařízeno karanténní opatření,
- ve 14 dnech před nástupem nepobývalo dítě v zahraničí, pokud ano, tak kde

2. Prohlašuji, že (označte křížkem relevantní skutečnost)

- ☐ uvedená osoba absolvovala **nejdéle před 7 dny RT-PCR** vyšetření na přítomnost viru SARS-CoV-2 s negativním výsledkem na odběrovém místě,
- ☐ uvedená osoba absolvovala **nejdéle před 72 hodinami antigenní test** na stanovení přítomnosti viru antigenu SARS-CoV-2 s negativním výsledkem na odběrovém místě,
- ☐ uvedené osobě **byl vystaven certifikát Ministerstva zdravotnictví ČR** o provedení očkování proti onemocnění COVID-19 a od aplikace druhé dávky očkovací látky v případě dvoudávkového schématu podle souhrnu údajů o léčivém přípravku (dále jen „SPC“) uplynulo nejméně 14 dní, nebo od aplikace první dávky očkovací látky v případě jednodávkového schématu podle SPC uplynulo nejméně 14 dní.
- ☐ uvedená osoba **prošla laboratorně potvrzené onemocnění COVID-19**, uplynula u ní doba izolace podle platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví a od prvního pozitivního POC antigenního testu na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 nebo RT-PCR testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 **neuplynulo více než 180 dní**, přičemž se musí jednat o osobu bez klinických známek onemocnění COVID-19,
- ☐ **souhlasím s provedením testování dítěte** (metoda odběru RESALIVA) na místě srazu v den nástupu na tábor, a současně **souhlasím s tím, že se poskytnou smluvní laboratoři (Spadia) Vaše telefonní kontakty**, na které Vám budou chodit SMS zprávy s výsledky testů, a s tím, že výsledky testů Vašeho dítěte budou zaslány v kopii Středisku volného času v Odrách.

3. Prohlašuji, že jsem si vědom a seznámen s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách.

V Odrách dne

.....

Podpis zákonného zástupce