



ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

Jméno a příjmení (dítěte/účastníka LPT 2020)

.....
datum

narození:.....

trvale

bytem:.....

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte/účastníka LPT KŽV 2020 neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.*).

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

Osoby s rizikovými faktory

Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic (*zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale*) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např. a) při imunosupresivní léčbě (*steroidy, HIV apod.*), b) při protinádorové léčbě,
- c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
5. Těžká obezita (*BMI nad 40 kg/m²*).
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (*dialýza*).
8. Onemocnění jater (*primární nebo sekundární*).

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.

Potvrzení o bezinfekčnosti

Písemné prohlášení rodičů

Prohlašuji, že ošetřující lékař nenařídil dítěti
narozenému
bytem.....

změnu režimu, dítě nejeví známky akutního onemocnění / průjem, teplota, apod. / a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že v posledních dvou týdnech přišlo dítě do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Jsem si vědom/a/ právních důsledků, které by mne postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

Prosíme přiložte fotokopii karty zdravotní pojišťovny.

Jmenovaný:

Pojišťovna:

Upozornění na zdravotní stav dítěte (zde rodiče vypíší omezení, případně užívání léků):

.....
.....
.....

V.....

Dne

.....

Podpis zákonného zástupce nezletilého