# PREHLÁSENIE O ZDRAVOTNOM STAVE DIEŤAŤA

*(odovzdať v deň nástupu do kempu zodpovednej osobe spolu s fotokópiou kartičky poistenca, potvrdenie nesmie byť staršie ako 5 dní)*

**Termín:** od do:

Meno a priezvisko dieťaťa: ..........................................................................................................

# Prehlásenie rodiča:

1. prehlasujem, že v našej rodine ani v okolí sa v poslednom čase nevyskytla, ani si nie som vedomý výskytu žiadnej infekčnej choroby
2. prehlasujem, že dieťa je zdravotne spôsobilé, bez akútnych zdravotných problémov a schopné zúčastniť sa denného futbalového kempu v uvedenom termíne

3. dieťa trpí alergiou na: .......................................................................................................

užíva lieky: .......................................................................................................................

v čase: ...............................................................................................................................

iné zdravotné problémy alebo upozornenia (neplavec, strava...) .....................................

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

*(ak nie je potrebné vyplniť napíšte pomlčku - )*

v dňa

podpis rodiča alebo zákonného zástupcu: ........................................................................

Potvrdenie lekára

Týmto potvrdzujem, že dieťa ................................................................... je zdravotne spôsobilé a môže sa zúčastniť denného futbalového kempu v Piešťanoch v hore uvedenom termíne bez akéhokoľvek obmedzenia.

V prípade obmedzenia sa jedná: ..................................................................................................

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

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

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

v dňa

podpis a pečiatka lekára: