

Písomné vyhlásenie o bezpríznakovosti

Meno a priezvisko dieťaťa	
Dátum narodenia dieťaťa	
Adresa trvalého pobytu dieťaťa	

Meno a priezvisko zákonného zástupcu dieťaťa*:

*vypĺňa sa len v prípade neploletého dieťaťa/žiaka

Podľa § 144 ods.7 písm. d) zákona č.245/2008 Z.z. vyhlasujem, že: (označte „X“)

- dieťa nemá ani jeden z nasledujúcich príznakov:** neprimeraná únava, bolesť hlavy a tela, zvýšená telesná teplota, kožná vyrážka, známky ochorenia dýchacích ciest (nádcha, bolesť hrdla, strata čuchu a chuti, kašeľ, sťažené dýchanie), známky ochorenia tráviaceho traktu (bolesť brucha, vracanie, hnačka),

Som si vedomý, že v prípade zmeny zdravotného stavu a prejavovania vyššie uvedených príznakov ochorenia dieťa musí zostať doma. Rovnako som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa § 21 ods. 1 písm. f) zákona č. 372/1990 Zb. o priestupkoch.

V Bratislave dňa

.....

podpis
(zákonný zástupca/plnoletý žiak)