**TRIVIS - Střední škola veřejnoprávní a Vyšší odborná škola prevence kriminality**

**a krizového řízení Praha,s. r. o.**

**Hovorčovická 1281/11 182 00 Praha 8 - Kobylisy**

**OR vedený Městským soudem v Praze, oddíl C, vložka 50353**

**Telefon a fax: 233 543 233 E-mail : praha@trivis.cz IČO 25 10 91 38**

 **Prohlášení o bezinfekčnosti**

Prohlašuji, že můj syn ( dcera )………………………………………………………………

datum narození : ...............................

nepřišel ( -šla ) v **posledních třech dnech** do styku s infekčním onemocněním.

O případném užívání léků je nutno podat informaci.

Seznam léků:

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

Jméno a příjmení zákonného zástupce Podpis zákonného zástupce

**LÉKAŘSKÉ POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je zdravotně způsobilý/á k aktivní účasti na Adaptačním kurzu v termínu 1. – 4. 9. 2020 a aktuálně nevykazuje příznaky žádného infekčního onemocnění.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ razítko a podpis lékaře