



MORAVSKÝ POHÁR
MAJSTROVSTVÁ SLOVENSKA
ROTAX MAX CHALLENGE



Moravský motokárový klub v AČR

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Kontakt - mobil:

Zákonný zástupce - jméno a příjmení:

Prohlašuji a prokazuji se potvrzením (vyber jednu ze čtyř možností):

» prodělal jsem nemoc COVID 19 v posledních 180 dnech

ANO datum onemocnění:

» jsem očkovan proti nemoci COVID 19

ANO datum očkování:

» absolvoval jsem PCR TEST (není starší než 7 dnů) s negativním výsledkem

ANO datum testování:

» absolvoval jsem ANTIGENNÍ TEST (není starší než 72 hodin) s negativním výsledkem

ANO datum testování:

V posledních 7 dnech jsem se potkal s člověkem pozitivním na nemoc COVID 19:

NE ANO

Dodržuji všechna protiepidemická doporučení proti šíření nemoci COVID 19.

Datum:

Podpis (zákonného zástupce):
