

## 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 72 hodin) s negativním výsledkem  
ANO datum testování:

» absolvoval jsem ANTIGENNÍ TEST (není starší než 48 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): \_\_\_\_\_