**Potvrzení o bezinfekčnosti**

Potvrzuji, že moje dítě: ……………………………………..třída:…………………………..

narozeno: …………………………………….

neprodělalo v minulých dnech žádnou infekční chorobu a ani nemělo vědomý kontakt s takto nemocným člověkem.

Dne: 2.9.2025 Podpis zák. zástupce …………………………