**Prehlásenie zákonného zástupcu o zdravotnom stave dieťaťa pre materskú školu**

*Vyhlasujem, že dieťa ............................................ bytom v ................................... neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému dieťaťu nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad). Nie je mi známe, že by dieťa alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na COVID-19.*

*Som si vedomý(á) právnych následkov v prípade nepravdivého vyhlásenia, najmä som si vedomý(á), že by som sa dopustil(a) priestupku podľa* *§ 56 zákona č. 355/2007 Z. z.* *o ochrane, podpore a rozvoji verejného zdravia a o zmene a doplnení niektorých zákonov.*

Vyhlasujem, že u dieťaťa sa za posledných 24 hod. nevyskytol ani jeden z nasledujúcich príznakov:

* telesná teplota nad 37,0 st. C alebo triaška
* malátnosť, neprimeraná únava
* začervenané, zapálené oči s výtokom
* upchatý nos so sťaženým dýchaním nosom
* hustý skalený, zafarbený (žltý, zelený) výtok z nosa (nádcha)
* bolesť uší, výtok z uší, oslabený sluch
* suchý dusivý kašeľ
* vlhký produktívny kašeľ
* vracanie
* náhla strata chuti a čuchu
* riedka stolica niekoľkokrát denne
* novovzniknuté začervenanie kože, vyrážky, chrasty a pod. na koži
* iný príznak akútnej infekcie dýchacích ciest

*Dňa ............... meno a podpis zákonného zástupcu ..........................................................*

*Dňa ............... meno a podpis zákonného zástupcu ..........................................................*

*Dňa ............... meno a podpis zákonného zástupcu ...........................................................*

*Dňa ............... meno a podpis zákonného zástupcu ...........................................................*

*Dňa ............... meno a podpis zákonného zástupcu ...........................................................*