



Prohlášení o neexistenci příznaků virového infekčního onemocnění COVID-19

(vyplní zákonný zástupce závodníka)

Jméno, příjmení a rok narození závodníka:

Jméno, příjmení a rok narození zákonného zástupce:

Kontaktní adresa:

Kontaktní tel. číslo:

Zaznamenali jste během posledních 14 dnů některý z následujících příznaků?
(zakroužkujte správnou odpověď)

	Údaje o závodníkovi (vyplní zákonný zástupce)		Zákonný zástupce	
1. Teplota vyšší než 37.5 °C	ANO	NE	ANO	NE
2. Suchý kašel	ANO	NE	ANO	NE
3. Bolest v krku	ANO	NE	ANO	NE
4. Náhlý nástup dušnosti	ANO	NE	ANO	NE
5. Náhlé zvracení nebo průjem	ANO	NE	ANO	NE
6. Náhlý nástup bolesti kloubů nebo svalů	ANO	NE	ANO	NE
7. Únava bez známé příčiny	ANO	NE	ANO	NE
8. Setkali jste se v posledních 14 dnech s osobou s podezřením na COVID-19 nebo osobou pozitivně testovanou na COVID-19?	ANO	NE	ANO	NE
9. Je někdo ve vaší domácnosti v karanténě?	ANO	NE	ANO	NE

Já níže podepsaný svým podpisem potvrzuji pravdivost předložených údajů. Dále čestně prohlašuji, že můj syn/dcera je pravidelně testován/a ve školském zařízení a test ne starší 72 hodin je negativní.

Jsem si vědom(a) právních následků, které by mne postihly, kdyby toto prohlášení nebylo pravdivé.

Podpis zákonného zástupce: Datum:

