



**ZDRAVOTNÍ DEKLARACE ÚČASTNÍKA
ÚVODNÍHO SOUSTŘEDĚNÍ**

Jméno a příjmení účastníka:

.....

Prohlašuji, že ošetřující lékař mi nenařídil změnu režimu, nejevím známky akutního onemocnění (průjem, teplota apod.) a okresní hygienik ani ošetřující lékař mi nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že bych v posledních 2 týdnech přišel do styku s osobami, které onemocněly přenosnou nemocí.

Jméno a telefon ošetřujícího lékaře:

.....

Zdravotní pojišťovna účastníka:

.....

Účastník samostatně užívá tyto léky; dávkování:

.....

.....

Účastník trpí těmito alergiemi, způsobují mu následující reakce a léčí je následujícím způsobem:

.....

.....

Další onemocnění, případně komentáře:

.....

.....

.....

Kontakt na osobu blízkou:

V dne

.....
Podpis účastníka

.....
Podpis zákonného zástupce nezletilého účastníka