**Potvrdenie lekára o bezinfekčnosti**

Meno a priezvisko dieťaťa ........................................................................................................................

dátum narodenia ......................................................... rodné číslo ...........................................................

adresa bydliska .........................................................................................................................................

 Potvrdzujem, že menovaný/á neprejavuje príznaky akútneho ochorenia a že **je /nie je\*** nositeľom prenosného ochorenia .................................................................. (ak áno, uveďte názov ochorenia). Nie je mi známe, že by menovaný/á, jeho/jej rodina, alebo iné osoby, ktoré s ním/ňou žijú spoločne v domácnosti, prišli v  priebehu posledného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenia (napr. hnačka, angína, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

 Menovanému/nej **bola / nebola\*** nariadená karanténa pre podozrenie z nákazy.

V ........................................ dňa ........................ .......................................................

 podpis a odtlačok pečiatky lekára

\*nehodiace sa prečiarknuť

*Toto tlačivo slúži pre potreby Služby včasnej intervencie JASANIMA DSS Rožňava.*