**Vyhlásenie zákonného zástupcu o bezinfekčnosti**

Vyhlasujem, že žiak ...............................................................................................,

bytom v  ..................................................................................., neprejavuje príznaky akútneho ochorenia (telesná teplota nad 37,5 °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, riedka stolica niekoľkokrát denne, novovzniknuté začervenanie kože, vyrážky, chrasty a pod. na koži), že regionálny úrad verejného zdravotníctva ani lekár všeobecnej zdravotnej starostlivosti pre deti a dorast menovanému žiakovi nenariadil karanténne opatrenie (karanténu, zvýšený zdravotný dozor alebo lekársky dohľad).

Nie je mi známe, že by žiak, jeho rodičia alebo iné osoby, ktoré s ním žijú spoločne v domácnosti, prišli v priebehu ostatného mesiaca do styku s osobami, ktoré ochoreli na prenosné ochorenie (napr. COVID-19, hnačka, vírusový zápal pečene, zápal mozgových blán, horúčkové ochorenie s vyrážkami).

**Ak sa u žiaka vyskytne niektorý z vyššie uvedených príznakov, zákonný zástupca neodkladne o tom informuje vedenie ZUŠ.**

**Svojím podpisom potvrdzujem správnosť vyplnených údajov a zároveň bol/a som riadne oboznámený/á o dôsledkoch svojho vyhlásenia.**

..............................................................................................................................Meno a priezvisko zákonného zástupcu podpis

 / paličkovým písmom/

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