**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

**Jméno a příjmení** *(dítěte/žáka/studenta/účastníka plaveckého kurzu)*

1. ………………………………………………………………………………………………..

Datum narození:

Bydliště:

Adresa školy/školky: Mateřská škola Sluníčko, příspěvková organizace Školní 349, Želivec 251 68 Sulice

Zdravotní pojišťovna:

**Prohlašuji, že se u výše uvedeného účastníka plaveckého kurzu**

neprojevují příznaky virového infekčního onemocnění

*(např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.)*

* + nemá v daném čase nařízené karanténní opatření

**Prohlašuji, že pokud se v celém období konání plaveckého kurzu projeví u účastníka příznaky virového infekčního onemocnění (*např. horečka, kašel, dušnost ,ztráta chuti a čichu atp.)***

* výše uvedený účastník plaveckého kurzu se po dobu nezbytně nutnou a popř. doporučenou lékařem nebude plaveckého kurzu účastnit!!!
* Bude dodržovat v danou dobu platná hygienická opatření a nařízení Vlády ČR

1. Prohlašuji, že se výše uvedený účastník plaveckého kurzu je bez závažných zdravotních problémů a je schopen(na) absolvovat plavecký výcvik.

* Epileptikům, dětem s vrozenou srdeční vadou, hemofílií, diabetem, chronickými záněty močových cest, alergikům, dětem špatně vidícím, slyšícím, dětem s kožním onemocněním a jinými závažnými zdravotními problémy bude výcvik umožněn pouze na základě lékařského potvrzení.
* Dětem s kožním onemocněním (bradavice, opary) bude plavecký výcvik umožněn pouze po zaléčení.
* Pro co nejoptimálnější výcvik vašich dětí prosíme o upozornění i na poruchy chování viz ADHD, autismus atd.



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

………………………………………….. …………………………………………………..

Datum podpis