

Čestné prohlášení o zdravotní způsobilosti a bezinfekčnosti hráče

Potvrzuji, že:

Jméno: _____ Příjmení: _____
Datum narození: _____ Zdravotní pojišťovna: _____
Bydliště: _____ Město: _____
PSC: _____ Stát: _____

nejeví známky akutního onemocnění (například horečka nebo průjem).

Není mi též známo, že by dítě přišlo v posledních 14 kalendářních dnech před odjezdem na soustředění do styku s fyzickou osobou nemocnou infekčním onemocněním nebo podezřelou z nákazy ani mu není nařízeno karanténní opatření.

Tímto potvrzuji, že dávám svůj souhlas HC RT Torax a jejich zdravotníkovi, že níže uvedené informace, případně přiložené zdravotní dokumenty o zdravotní způsobilosti jsou pravdivé a je možné je použít k nahlédnutí pro vnitřní účely.

Užívá tyto léky: _____

Důvod podávání léků: _____

Alergie a jiná omezení: _____

Jsem si vědom/a právních následků. Které by mi vlivem nepravdivého nebo nepřesného prohlášení mohly vzniknout

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: _____