

## ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

### O NEEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení dítěte**

**Datum narození:** .....

**Trvale bytem:**.....

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevaly příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.).
2. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil/a tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách dítěte.
3. Prohlašuji, že si nejsem vědom/a skutečnosti, že by u výše uvedeného dítěte došlo v posledních 14 dnech ke kontaktu s osobou léčící se na COVID-19 nebo osobou nacházející se v karanténě.
4. Beru na vědomí, že výše uvedené dítě může být osobně přítomno v mateřské škole pouze, pokud je bez akutních zdravotních potíží odpovídajících virovému infekčnímu onemocnění.

#### Osoby s rizikovými faktory

**Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:**

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic (*zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale*) s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např.
  - a) při imunosupresivní léčbě (*steroidy, HIV apod.*),
  - b) při protinádorové léčbě,
  - c) po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
5. Těžká obezita (*BMI nad 40 kg/m<sup>2</sup>*).
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin (*dialýza*).
8. Onemocnění jater (*primární nebo sekundární*).

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.

**V** .....

**Dne** .....

.....  
Podpis zákonného zástupce nezletilého