

## Čestné prohlášení

Jméno a příjmení dítěte: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_

1. Prohlašuji, že výše uvedené dítěte není infekční a že symptomy \_\_\_\_\_ (např. kašel, dušnost, rýma apod.) jsou projevy alergického rázu.
2. Můj syn/dcera je v péči alergologického lékaře \_\_\_\_\_ (jméno a adresa lékaře).
3. V případě akutního respiračního onemocnění s teplotami se neprodleně obrátím na dětského ošetřujícího lékaře.

V Jablonci nad Nisou dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis zákonného zástupce