Já, níže podepsaný \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ID FAČR \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

zastoupený (*případně zaškrtněte a vyplňte dle skutečnosti*):

|  |
| --- |
|[ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, zákonným zástupcem/opatrovníkem |

prohlašuji, že:

* nejsem aktuálně diagnostikován/a COVID-19 pozitivní,
* mi nebyla nařízená karanténa v důsledku diagnostikovaného COVID-19 onemocnění nebo kontaktu s COVID-19 pozitivní osobou,
* se u mne neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.),
* si nejsem vědom/a setkání s COVID-19 pozitivní osobou v posledních dvou týdnech;
* se zavazuji bezodkladně informovat členský klub změně výše uvedených prohlášení a podepsat nový formulář prohlášení o bezinfekčnosti.

Dále prohlašuji, že (*případně zaškrtněte a vyplňte dle skutečnosti*):

|  |
| --- |
|[ ]  mi byla dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_ nařízena karanténa, která byla ukončena dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|[ ]  jsem byl/a dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_ pozitivně diagnostikován/a s nemocí COVID-19 s tím, že dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bylo příslušným lékařem zjištěno, že jsem se uzdravil/a. |

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 člen FAČR / zákonný zástupce / opatrovník