**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

COVID-19

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………..

Datum narození: ……………………………………………………………………….

**tímto čestně prohlašuji, že:**

(zaškrtněte správnou možnost)

1. že jsem absolvoval/a v posledních 72 hodinách antigenní test nebo v posledních 7 dnech PCR test s **negativním** výsledkem
2. že jsem ve lhůtě 180 dnů od prodělání onemocnění COVID-19
3. že mám minimálně 14 dní od ukončeného očkování proti onemocnění COVID-19

Svým podpisem stvrzuji, že výše uvedené údaje jsou pravdivé.

V …………………………………… dne ………………………………

…………………………………………………………………………

Podpis / podpis zákonného zástupce nezletilého