**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název, datum a místo akce** | Reprezentační sraz TeamGym č.4 / č.5 \*  11.9.-12.9. / 18.-19.9. \*  tělocvična TJ Bohemians, Praha 10\*  tělocvična ZŠ Ratibořická \*  *\*(nehodící se škrtněte)* |
| **Jméno a příjmení** |  |
| **Rodné číslo** |  |
| **Telefonní číslo** |  |
| **Emailová adresa** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ČESTNĚ PROHLAŠUJI:** |  |  |
| Absolvování RT-PCR testu ne starší 7 dnů s negativním výsledkem: | ANO | NE |
| Absolvování POC antigenního testu ne starší 72 hodin s negativním výsledkem: | ANO | NE |
| Absolvování očkování (úplného nebo 22 dní po první dávce): | ANO | NE |
| Prodělané, laboratorně potvrzené onemocnění COVID-19 od kterého neuplynulo více než 180 dní: | ANO | NE |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis účastníka (zákonného zástupce pro mladší 18-ti let) | Svým podpisem stvrzuji, že údaje vyplněné výše jsou pravdivé. |
| Datum |  |
| Poznámky | |