PLEASE RETURN THIS FORM ONE DAY BEFORE DEPARTURE OR ON THE DEPARTURE DAY (NOT BEFORE)

**Statement of legal representative**

I declare that …………………………………………DoB………………

has no signs of acute illness (e.g. infectious disease, diarrhea, head lice…) and in the last 2 weeks has not been in contact with a person suffering from infectious diseases.

I am aware of the legal consequences (liability for harm and potential misdemeanour in case of severe diseases) that would affect me if my statement was not true.

Date: Signature:

…………………………………………………………………………………………………

**Prohlášení zákonného zástupce**

Prohlašuji, že .....................................................................................

narozen/á dne........................... nejeví známky akutního onemocnění (např.infekční nemoci, průjmu, vší....) a ve 14 dnech před odjezdem nepřišlo do styku s osobou nemocnou infekčním onemocněním.

Jsem si vědom (a) právních následků (náhrada újmy a potencionální spáchání přestupku proti životu a zdraví v případě závažných nemocí), které by mě postihly, kdyby toto mé prohlášení nebylo pravdivé.

.

Dne: Podpis: