*(název klubu, jméno odpovědné osoby)*

Tel. kontakt: +420..................................

E-mail. kontakt: ..........................................

**PROHLÁŠENÍ O BEZINFEKČNOSTI DRUŽSTVA**

**pro účely turnaje Polanka Cup 2020**

Prohlašuji, že mám podepsaná prohlášení o bezinfekčnosti zákonnými zástupce níže uvedených hráčů a hráček, stejně jako ostatních osob, které doprovází naše družstvo. Družstvo je zdravotně způsobilé zúčastnit se turnaje v Polance nad Odrou od 27. – 30. 8. 2020.

Prohlašuji ve smyslu § 9 odst. 1, zákona č. 258/2000 o ochraně veřejného zdraví v platném znění, že ošetřující lékař nenařídil níže jmenovaným členům družstva změnu režimu, nejeví známky akutního onemocnění a okresní hygienik ani ošetřující lékař mu nenařídil karanténní opatření. Není mi též známo, že by v posledních 14 dnech před odjezdem na turnaj přišli členové družstva do styku s osobami nemocnými infekčním onemocněním nebo podezřelými z nákazy infekčními chorobami.

Seznam družstva vč. dospělých osob v doprovodu družstva:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Jméno a příjmení | funkce |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |
| 17. |  |  |
| 18. |  |  |
| 19. |  |  |
| 20. |  |  |

Dne ......................................… .………………………………….

 podpis vedoucího družstva