**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ**

O NEEXISTENCI PŘÍZNAKŮ VIROVÉHO INFEKČNÍHO ONEMOCNĚNÍ

**Jméno a příjmení dítěte:……………………………………………………………………………………………………………**

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

**Trvale bytem:…………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Jméno zákonného zástupce……………………………………………………………………………………………………….**

1. Prohlašuji, že se u výše uvedeného dítěte neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.), jakoukoliv změnu zdravotního stavu bez odkladu oznámím e-mailem nebo telefonicky mateřské škole.
2. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s vymezením osob s rizikovými faktory a s doporučením, abych zvážil/a tyto rizikové faktory při rozhodování o účasti na vzdělávacích aktivitách dítěte.
3. Prohlašuji, že si nejsem vědom/a skutečnosti, že by u výše uvedeného dítěte došlo v posledních 14 dnech ke kontaktu s osobou léčící se na COVID-19 nebo osobou nacházející se v karanténě.
4. Beru na vědomí, že výše uvedené dítě může být osobně přítomno v mateřské škole pouze, pokud je bez akutních zdravotních potíží odpovídajících virovému infekčnímu onemocnění.

**V Praze, dne:………………………………………………………..**

....................................................................................

 Podpis zákonného zástupce nezletilého

|  |
| --- |
|  **Osoby s rizikovými faktory**  |

**Ministerstvo zdravotnictví stanovilo následující rizikové faktory:**

1. Věk nad 65 let s přidruženými chronickými chorobami.
2. Chronické onemocnění plic *(zahrnuje i středně závažné a závažné astma bronchiale)* s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou.
3. Onemocnění srdce a/nebo velkých cév s dlouhodobou systémovou farmakologickou léčbou např. hypertenze.
4. Porucha imunitního systému, např.
	1. při imunosupresivní léčbě *(steroidy, HIV apod.)*,
	2. při protinádorové léčbě,
	3. po transplantaci solidních orgánů a/nebo kostní dřeně,
5. Těžká obezita *(BMI nad 40 kg/m2)*.
6. Farmakologicky léčený diabetes mellitus.
7. Chronické onemocnění ledvin vyžadující dočasnou nebo trvalou podporu/náhradu funkce ledvin *(dialýza)*.
8. Onemocnění jater *(primární nebo sekundární)*.

Do rizikové skupiny patří osoba, která naplňuje alespoň jeden bod uvedený výše nebo pokud některý z bodů naplňuje jakákoliv osoba, která s ní žije ve společné domácnosti.