

# Lékařské potvrzení o prodělání onemocnění COVID-19

(Název a adresa zdravotnického zařízení)

V souladu s mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví ze dne 6. 4. 2021 potvrzuji, že dítě

jméno, příjmení .....

datum narození .....

bydliště .....

prodělalo laboratorně potvrzené onemocnění COVID-19 a uplynula u něj doba izolace podle platného mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví.

Výše jmenované dítě mělo pozitivní výsledek testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 dne .....

Jablonec nad Nisou dne .....

razítko a podpis ošetřujícího lékaře dítěte