**Čestné prohlášení o ošetření dítěte po výskytu vší**

Já, níže podepsaný/á

jméno a příjmení zákonného zástupce: ......................................................
bydliště: .........................................................................................
telefonní kontakt: .............................................................................

tímto čestně prohlašuji, že u mého dítěte:
jméno a příjmení dítěte: ....................................................................
datum narození: ..............................................................................

byl zaznamenán výskyt vší. Dítě bylo řádně ošetřeno prostředky určenými k likvidaci vší
a hnid. Dále potvrzuji, že jsem provedl(a) nezbytná hygienická opatření a opakovanou kontrolu vlasové pokožky dítěte.

K datu návratu dítěte do dětské skupiny nevykazuje dítě známky zamoření vší.

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 jméno a podpis zákonného zástupce jméno a podpis zákonného zástupce