**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