

---

**Vyhlásenie zákonného zástupcu žiaka alebo plnoletého žiaka  
v súvislosti s Opatrením ÚVZ SR pri ohrození verejného zdravia  
– Povinnosť nosiť rúška č. OLP/6848/2020 z 28.08.2020.  
(Ochorenie COVID – 19 spôsobené koronavírusom SARS-CoV-2)**

---

Meno a priezvisko zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	
Meno žiaka:	
Adresa zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	
Telefón zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	

Vyhlásenie je dôležité z hľadiska zachovania zdravia žiaka a ďalších zúčastnených osôb v súvislosti so začiatkom školského roka 2020/2021 počas trvania pandémie Covid-19, resp. koronavírusom SARS-CoV-2. Je dôležité, aby školy a školské zariadenia boli bezpečným miestom pre žiakov v procese vzdelávania a výchovy.

**Čestne vyhlasujem, že žiak/plnoletý žiak spĺňa kritériá výnimky z Opatrenia Úradu verejného zdravotníctva Slovenskej republiky pri ohrození verejného zdravia: Povinnosť nosiť rúška č. OLP/6848/2020 z 29.08.2020.**

Čestne vyhlasujem, že žiak/ plnoletý žiak je sledovaný v odbornej (špecializovanej) ambulancii s diagnózou<sup>1/</sup>:

závažná porucha autistického spektra  
stredný a ťažký stupeň mentálneho postihnutia  
stredné a ťažké sluchové postihnutie

Čestne vyhlasujem, že dieťa/plnoletý žiak bol na kontrolnom vyšetrení v špecializovanej ambulancii/psychoterapii/psychodiagnostike u špecialistu v priebehu predchádzajúcich 12 mesiacov, je trvalo sledovaný a/alebo liečený.

Vyhlasujem, že na požiadanie príslušných orgánov bezodkladne sprístupním lekársku správu/nález/potvrdenie špecialistu z ostatného vyšetrenia/návštevy dokazujúcu pravdivosť môjho vyhlásenia.

Som si plne vedomá/ý právnych následkov v prípade, že by toto vyhlásenie nebolo pravdivé.

Podpis zákonného zástupcu/plnoletého žiaka:	
---	--

<sup>1/</sup> zaškrtnite diagnózu žiaka