

SOUHLAS / POVĚŘENÍ zákonného zástupce s asistencí při provádění testu COVID-19

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Trvale bytem:

jako zákonný zástupce **uděluji souhlas a pověřuji**

Jméno a příjmení pověřené osoby:

Trvale bytem:
(v případě pověřené osoby z řad zaměstnanců školy nemusí být uvedeno)

k asistenci při provedení antigenního testu na přítomnost viru SARS-CoV-2 u mé dcery/syna

Jméno a příjmení dítěte:

Datum narození:

Datum: Podpis zákonného zástupce:

Vyjádření pověřené osoby:

SOUHLASÍM - NESOUHLASÍM Podpis pověřené osoby: