**Souhlas zákonného zástupce s testováním žáka**

Jméno zákonného zástupce:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno žáka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum narození žáka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Třída:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Souhlasím s testováním uvedeného žáka školou, pokud se škola pro takové testování testem na zjišťování COVID – 19 rozhodne nad rámec epidemiologických opatření.

Souhlasím Nesouhlasím s testováním uvedeného žáka.

Souhlas uděluji na dobu neurčitou s tím, že ho mohu kdykoliv odvolat.

Souhlas uděluji pouze na testování, které proběhne v týdnu od 1. do 5. 11: 2021.

*V případě zletilého žáka uděluje souhlas zletilý žák.*

V\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 podpis zákonného zástupce/zletilého žáka