

**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

**(postačuje podpis pouze jednoho zákonného zástupce)**

**Já níže podepsaný:**

Jméno, příjmení:………………………………………………….. Narozen:…………………………………

Bytem: …………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………… Tel: ……………………………………….

**Já níže podepsaný:**

Jméno, příjmení:………………………………………………….. Narozen:…………………………………

Bytem: …………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………… Tel: ……………………………………….

**Tímto, jako zákonný zástupce nezletilého**

Jméno, příjmení:………………………………………………….. Narozen:…………………………………

Bytem: …………………………………………………………………

E-mail: ………………………………………………………………… Tel: ……………………………………….

Vyslovuji tímto souhlas, aby dne 1. 11. 2021 byl nezletilému v Základní a Mateřské škole Emy Destinnové proveden test na onemocnění COVID – 19, a to metodou TCI/PCR (ze slin), jež slouží k prokázání přítomnosti koronaviru v organismu. Testy budou do druhého dne vyhodnoceny laboratoří Elphogene.

V: …………………………………………………………………….. Dne: ……………………………………………

**Vlastnoruční podpis:**

Zákonný zástupce: ………………………………… Zákonný zástupce: …………………………….