



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 Destinové 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: