**Souhlas zákonného zástupce/zletilého žáka s testováním žáka na COVID - 19**

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

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

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

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

Souhlasím s testováním uvedeného žáka na přítomnost COVID – 19 školou nad rámec povinnosti se testovat.

Souhlas uděluji na dobu určitou do 31. 12. 2021

*V případě zletilého žáka uděluje souhlas zletilý žák.*

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

 podpis zákonného zástupce/zletilého žáka