Souhlas zákonného zástupce s testováním žáka na přítomnost COVID-19

Škola, název, adresa:
……
……

Způsob testování: Testování na COVID-19 bude prováděno testem PCR od dodavatele společnosti SPADIA LAB, a. s.

Jméno a příjmení žáka: …….

Datum narození žáka: …….

Já níže podepsaný/á souhlasím s testováním na přítomnost COVID-19 u mého syna/dcery/svěřené osoby. Beru na vědomí, že v případě pozitivního nálezu testu, mám jako zákonný zástupce žáka povinnost jej neprodleně převzít ze školy.

Jméno a příjmení zákonného zástupce: …….

Bydliště: ……

Kontaktní telefon: ……

Podpis zákonného zástupce žáka

V…… dne……