



**Souhlas zákonného zástupce s asistencí jiné osoby (zaměstnanec ZŠ a MŠ Boleradice)
při testování dítěte, žáka**

Jméno a příjmení dítěte/žáka:

narozen dne:

Adresa trvalého pobytu:

Údaje zákonného zástupce (rodiče)

Jméno a příjmení:

Primární kontakt /telefon/:

Jako zákonný zástupce výše uvedeného nezletilého dítěte/žáka, uděluji souhlas s asistencí jiné osoby (zaměstnanec ZŠ a MŠ Boleradice) při testování dítěte/žáka pomocí neinvazivních testů.

V případě pozitivního výsledku na test dítěte/žáka bude škola kontaktovat zákonné zástupce.

V případě jejich nedostupnosti může škola kontaktovat zákonným zástupcem určenou osobu, která dítě/žáka odvede ze školy:

Jméno a příjmení určené osoby, která má souhlas zákonného zástupce pro vyzvednutí dítěte/žáka ze školy:

.....

Kontakt /telefon/:

V Dne

.....
podpis zákonného zástupce