**Souhlas zákonného zástupce škole**

(ODEVZDEJTE PŘED NÁSTUPEM DO PREZENČNÍ VÝUKY 12. dubna 2021, ŽÁK PŘINESE DO ŠD NEBO PŘEDÁ TŘÍDNÍMU UČITELI / UČITELCE)

Žák (třída, jméno, datum narození)………………………………………………………….

Jméno zákonného zástupce…………………………………………………………………

Jako zákonný zástupce žáka souhlasím s testováním výše jmenované/ho dle příkazu mimořádného opatření Ministerstva zdravotnictví ČR z 6. dubna 2021

Č. j.: MZDR 14592/2021-3/MIN/KAN.

**Souhlasím**, aby uvedenému žákovi byla v případě potřeby poskytnuta asistence třetí osobou při provádění testu.

 ANO / NE

Datum a podpis (zák. zástupce žáka) …………………………………………………….