

Střední školy F. D. Roosevelta Brno, příspěvková organizace

Souhlas zákonného zástupce s vyšetření prostřednictvím neinvazivního preventivního antigenního testu na přítomnost antigenu viru SARS-CoV-2 (dále jen preventivní antigenní test) provedeným samoodběrem.

Já, *(jméno, příjmení)*,

souhlasím s tím, aby můj syn/dcera/svěřenec *(jméno, příjmení)*:

.....

žák/žákyně třídy,.....

podstoupil(a) testování pomocí preventivního antigenního testu,

který si provede sám/sama*

který provede mnou pověřená osoba**(jméno, příjmení)*:

.....

v prostorách školy.

Podpis zákonného zástupce

Souhlasím s pověřením k asistenci při provádění testu

(jméno, příjmení žáka/žákyně):

Podpis pověřené osoby

*Nehodící se škrtněte.