



ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA LICHNOV,
OKRES NOVÝ JIČÍN, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

**POVĚŘENÍ (SOUHLAS) ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE
K ASISTENCI PŘI PREVENTIVNÍM TESTOVÁNÍ DÍTĚTE**

Zákonný zástupce dítěte (jméno a příjmení): _____

Adresa: _____

Jméno dítěte: _____

Datum narození dítěte: _____

MŠ/třída ZŠ: _____

V případě preventivního testování dětí v předškolním vzdělávání a žáků prvního až třetího ročníku prvního stupně škol antigenními testy pověřuji níže uvedenou osobu, aby asistovala při tomto testování a s její asistencí souhlasím.

Datum: _____
podpis zákonného zástupce

Pověřená osoba (jméno a příjmení): _____

Datum narození: _____

S pověřením asistovat u testování dítěte souhlasím.

Datum: _____
podpis pověřené osoby