**Souhlas s asistencí třetí osoby při testování dítěte**

Jméno a příjmení dítěte: …………………………………………………………………

Datum narození: ……………………………………….

Třída:………………………….

Souhlasím s asistencí následujících zaměstnanců školy při testování mého dítěte antigenními testy na onemocnění covid-19. Možné asistující osoby: Mgr. Věra Novotná, Mgr. Hana Šmahelová, Mgr. Miloslava Peňázová, Mgr. Lenka Beniačová, Mgr. Josef Kyncl, Lucie Kynclová, Hana Chmelíková, Jana Nekvindová, Renáta Švandová, Andrea Zezulová.

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……………………………………………………….

Datum a podpis: ……………………………………………………….