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

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

Datum narození: ………………………………………. Třída: …………………………………….

Souhlasím s asistencí některého z níže uvedených zaměstnanců školy při testování mého dítěte antigenními testy na onemocnění covid-19.

Zaměstnanci:

Mgr. Ivana Modráčková, Mgr. Dana Hrníčková, Mgr. Eva Vítková, Mgr. Ilona Sotonová, Vlasta Ročňáková, Bc. Lucie Šiklová, Ing. Jaroslava Vávrová, Lenka Svobodová, Michaela Uxová, Martina Šulcová, Veronika Marboe, Lic. Jana Šiklová.

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

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