

POVĚŘENÍ

ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE K ASISTENCI JINÉ OSOBY PŘI PROVÁDĚNÍ TESTOVÁNÍ JEHO DÍTĚTE NEINVAZIVNÍM ANTIGENNÍM TESTEM

Já,, zákonný zástupce dítěte
(jméno a příjmení zákonného zástupce - vyplňte hůlkovým písmem)

jménem....., datum narození:.....
(jméno a příjmení dítěte - vyplňte hůlkovým písmem)

v souladu s metodickým manuálem „Manuál COVID-19, testování ve školách, duben 2021“, vydaným Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy,

pověřuji

níže uvedené osoby k provádění testování mého dítěte neinvazivním antigenním testem v testovací místnosti v Mateřské škole Velké Karlovice, okres Vsetín, příspěvková organizace, Velké Karlovice 927, 756 06. Tyto pověřené osoby svým podpisem dávají souhlas, že otestují výše uvedené dítě neinvazivním antigenním testem pod dohledem pověřeného zaměstnance mateřské školy.

POVĚŘENÁ OSOBA (jméno a příjmení pověřené osoby – vyplňte hůlkovým písmem)	PODPIS POVĚŘENÉ OSOBY

Ve Velkých Karlovicích dne.....

Podpis zákonného zástupce: