

**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE s vykonáním PCR testu  
(postačuje podpis pouze jednoho zákonného zástupce)**

**Já níže podepsaný:**

Jméno, příjmení:.....

Bytem: .....

Tel: .....

**Já níže podepsaný:**

Jméno, příjmení:.....

Bytem: .....

Tel: .....

Tímto, jako zákonný zástupce nezletilého

..... vyslovuji souhlas, aby byl dne  
1.11. 2021 nezletilému v ZŠ Dědina proveden test na onemocnění COVID – 19, a to  
metodou PCR (ze slin), jež slouží k prokázání přítomnosti koronaviru v organismu.  
Testy budou do druhého dne vyhodnoceny laboratoří Elphogene.

V: ..... Dne: .....

**Vlastnoruční podpis:**

Zákonný zástupce: .....

Zákonný zástupce: .....