**SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE**

**při provádění antigenního testu**

Já, ……………………………………………………………….(jméno a příjmení) zákonný zástupce

dítěte…………………………………………………….(jméno a příjmení dítěte) dávám souhlas

třetí osobě k asistenci při provádění neinvazivního antigenního testu z přední části

nosu ve vyhrazeném prostoru Mateřské školy Přerov, U tenisu 2.

V Přerově dne………………………………. Podpis …………………………………………