**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 …………………………………………