**Souhlas zákonného zástupce s antigenním testováním**

*„Mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví stanoví, že je zakázána osobní přítomnost při vzdělávání, ledaže se žáci podrobí preventivnímu testování ve školách s negativním výsledkem. Dětem, žákům a studentům, kteří mají pozitivní výsledek testování nebo se testování neúčastní, je nadále zakázána osobní přítomnost na vzdělávání“.*

Vážení rodiče,

na základě mimořádného opatření Ministerstva vnitra a výše uvedeného výňatku si Vás dovolujeme požádat o souhlas s antigenním testováním, které by umožnilo Vašemu dítěti návrat do školních lavic. Testování bude na naší škole probíhat pravidelně v pondělí a ve čtvrtek před začátkem vyučování.

Jméno a příjmení zákonného zástupce (rodiče) …………………………………………………………………………………

Jméno a příjmení žáka ………………………………………………………třída…………………

*Křížkem zvolte Vámi vybranou variantu*

 **Souhlasím** s účastí mého syna/dcery na antigenním testování

 **Nesouhlasím** s účastí mého syna/dcery na antigenním testování

(V případě mého nesouhlasu si plně uvědomuji, že se můj syn/dcera bude dále vzdělávat v domácím prostředí)

*Křížkem zvolte Vámi vybranou variantu*

V případě pozitivního testu **může** můj syna/má dcera za dodržení všech pravidel odejít sám/sama domů

V případě pozitivního testu **nemůže** můj syna/má dcera odejít sám/sama domů a musí vyčkat, až si ho/jí osobně nebo mnou pověřená osoba vyzvedne ze školy

V Liberci dne …………………………………

Podpis zákonného zástupce (rodiče) …………………………………………………………………………………