**Souhlas zákonného zástupce s antigenním testováním**

Vážení rodiče,

dovolujeme si Vás požádat o souhlas s antigenním testováním.

§ Ve školách proběhne preventivní screeningové testování dětí a žáků s frekvencí 3x po sobě, první test se provede 1. září nebo pokud škola rozhodne, tak se první test provede druhý den školního vyučování (možnost rozhodnout o začátku testování v druhý den školního vyučování se týká pouze přípravných tříd, přípravných stupňů, prvních ročníků a tříd s žáky 1. a vyšších ročníků), a dále se testuje v termínech 6. září a 9. září 2021

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

§ Pokud se dítě nebo žák screeningovému testování nepodrobí, bude se moci prezenční výuky účastnit, ale za podmínek nastavených mimořádným opatřením Ministerstva zdravotnictví (použití ochrany dýchacích cest po celou dobu pobytu ve škole a školském zařízení apod.). Uvedená opatření budou v platnosti po dobu trvání screeningového testování.

*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) …………………………………………………………………………………