**Souhlas zákonného zástupce s testováním na onemocnění Covid-19**

Vážení rodiče,

dovolujeme si Vás požádat o souhlas s testováním, které bude probíhat dle potřeby a vývoje epidemiologické situace během školního roku 2021/2022.

**\*Pokud se Vaše stanovisko během školního roku změní, prosíme o písemnou informaci o zrušení tohoto souhlasu.**

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

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

*Křížkem zvolte Vámi vybranou variantu*

 **Souhlasím** s účastí mého syna/mé dcery na testování.

 **Nesouhlasím** s účastí mého syna/mé dcery na testování.

  **Splňuje podmínky stanovené pro bezinfekčnost**: po očkování (14 dnů po plně dokončeném

 očkování) nebo po prodělaném onemocnění COVID-19 (po dobu 180 dní od prvního pozitivního testu

 na covid-19). Tuto skutečnost je třeba doložit.

§ Pokud se dítě nebo žák 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.).

*Křížkem zvolte Vámi vybranou variantu*

V případě pozitivního testu/nebo karantény třídy – **může** můj syn/má dcera za dodržení všech pravidel odejít sám/sama domů. Rodiče budou informováni.

V případě pozitivního testu/nebo karantény třídy **nemůže** můj syn/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) …………………………………………………………………………………