**Souhlas zákonného zástupce s testováním žáka**

Souhlasím s provedením antigenního testu, a to podle nových režimových nařízení MŠMT s platností od 24. 5. 2021. Testování se bude konat 1x týdně, vždy v pondělí. Pokud se žák v pondělí z omluvených důvodů nedostaví do školy, musí se při nástupu do školy v jiný den hlásit v ředitelně školy, aby byl před prvním příchodem do školy otestován.,

Antigenní testování bude prováděno neinvazivním odběrem z kraje nosu, kdy odběr provádí pod dohledem pracovníka školy každý žák sám.

V rámci testování lze každému žákovi vystavit potvrzení o výsledku testu. Tímto je možno se prokázat v zařízeních, kde je požadováno dle vládního nařízení.

Testování bude prováděno ve škole testovacími soupravami, které byly uvedeny na trh v České republice na základě Ministerstva zdravotnictví č.j. MZDR 9484/2021-2/OLZP.

Souhlasím s provedením testu a postoupením osobních údajů žáka pro účely vykázání provedeného úkonu zdravotní pojišťovny/jméno, příjmení, rodné číslo, číslo pojišťovny, adresa a telefon, nebo e-mail/.

Jméno žáka ………………………………………………… Číslo zdr. pojišťovny …………………………………….

Bydliště……………………………………………………………..

E-mailová adresa:……………………………………

Číslo telefonu……………………………………….

V ……………………………………., dne………………………………..

Jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce………………..………………