



Souhlas zákonného zástupce v případě pozitivního testu na Covid 19

Jméno a příjmení žáka:

Třída:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Kontakt na zákonného zástupce

Já níže podepsaný souhlasím,

- 1) aby můj syn/ moje dcera (nehodící se škrtněte), v případě pozitivního testu na COVID 19, sám opustil školní budovu a bez dozoru se okamžitě přesunul do místa svého bydliště,
- 2) že budu o této skutečnosti neprodleně informovat příslušného praktického lékaře,
- 3) že budu neprodleně informovat sekretariát školy o výsledku následného PCR testu.

Kontakt na sekretariát školy - skola@spssecb.cz; telefon 386794111

V

Dne

Podpis.....