**POVĚŘENÍ A SOUHLAS K ASISTENCI PŘI TESTOVÁNÍ NA COVID – 19**

Já,

……………………………………………………………. **(jméno a příjmení zákonného zástupce)**

stvrzuji svým podpisem souhlas k tomu, aby mnou pověřená osoba

……………………………………………………………. **(jméno a příjmení pověřené osoby)**

asistovala mému dítěti:

……………………………………………………………. **(jméno a příjmení dítěte)**

při testování na COVID – 19 v určené dny v Mateřské škole U Mateřské školy 2/360, Karviná.

Já,

……………………………………………………………. **(jméno a příjmení pověřené osoby)**

souhlasím s tím, že budu asistovat při testování na COVID – 19 dítěti:

……………………………………………………………. **(jméno a příjmení dítěte)**

Dne: ……………………………………..

Podpis zákonného zástupce: ……………………………………………………….

Podpis pověřené osoby: ……………………………………………………….