***Příloha č. 6***

**Souhlas zákonného zástupce s antigenním testováním nezletilé osoby**

**V rámci projektu Prázdniny v Podchlumí**

**Zákonný zástupce:**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………………..

Telefon: …………………………………………………………………………………………………………………….

Vztah k testovanému: ………………………………………………………………………………………………………………………

**Účastník/dítě:**

Jméno a příjmení: ……………………………………………………………………………………………………..

Datum narození: ……………………………………………………………………………………………………….

Trvale bytem: ………………………………………………………………………………………………………………………

Prohlášení:

Já, výše uvedený zákonný zástupce výše uvedeného dítěte, potvrzuji, že souhlasím s provedením antigenního testu výtěrem z nosu pro přijetí dítěte na příměstský tábor.

V………………………………. dne……………………...

…………………………………………………………………

podpis zákonného zástupce