***Základní škola Velvary, okres Kladno***

Školní 269

273 24 Velvary

e-mail: zsvelvary@zsvelvary.cz

web.: [www.zsvelvary.cz](http://www.zsvelvary.cz)

tel.: 315 761 060; mob.: 739 040 121, 736 438 783

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
**Žádost o testování vlastními antigenními testy**

Já,……………………………..…………….., zákonný zástupce žáka/žákyně…………………………..……….., žádám, aby můj syn/má dcera mohl(a) být testován(a) námi zvoleným antigenním testem.

Název testu:………………………………………………………………………………….

Výrobce testu:……………………………………………………………………………….

Nezbytnou přílohou této žádosti je **manuál** k provedení mnou zvoleného antigenního testu, včetně jeho **příbalového letáku** (nebo jeho kopie).

Zvolený test má schválenou výjimku pro antigenní testy, vydanou MZČR podle § 4 odst. 8 nařízení vlády č. 56/2015 Sb. za účelem uvedení na trh pro použití laickou osobou v rámci celoplošného testování.

Dále na svou čest prohlašuji, že při manipulaci a skladování zvoleného antigenního testu jsem dbal(a) pokynů výrobce.

V případě nutnosti opakovaného testování ***povoluji / nepovoluji\**** testování antigenním testem, poskytnutým školou. V případě opakované chybovosti vlastních antigenních testů zajistím okamžité vyzvednutí žáka ze školy. (\*nehodící se škrtněte)

Ve Velvarech, dne:……………………………………… ……………………………………………………………

 Podpis zákonného zástupce

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Další informace vyplní škola:***

Číslo jednací žádosti: …………………………… Žádost byla přijata dne:…………………………………………..

Ředitel školy použití výše popsaného antigenního testu pro jmenovaného žáka ZŠ Velvary

SCHVALUJE s platností od …………………………………………………….

ZAMÍTÁ z důvodu …………………………………………………………………

Ve Velvarech, dne ……………………………… ………………………………………………..

 Mgr. Petr Došek, ředitel