

SOUHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S ASISTENCÍ POVĚŘENÉ OSOBY U POVINNÉHO TESTOVÁNÍ DÍTĚTE

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:.....

Adresa:.....

souhlasí s asistencí pověřené osoby

Jméno a příjmení pověřené osoby:.....

Datum narození:.....

Adresa:.....

u povinného testování dítěte

Jméno a příjmení dítěte.....

Datum narození:.....

Adresa:.....

Souhlas je platný od..... do.....

V Bruntále dne:.....

Podpis zákonného zástupce.....