**Souhlas s opuštěním školy/místa výkonu konzultace v případě pozitivního výsledku AG testu**

Souhlasím, aby můj syn / dcera ………………………………………………………………………..

datum narození ………………………., třída ………………………………………….,

který(á) je žákem / žákyní

**Střední odborné školy, Frýdek-Místek, příspěvkové organizace, Lískovecká 2089, 738 01 Frýdek-Místek**

opustil(a) budovu školy v případě pozitivního výsledku AG testu. Jsem si vědom(a) toho, že v případě pozitivního AG testu daný žák, nebo zákonný zástupce je povinen telefonicky nebo jiným obvyklým dálkovým způsobem informovat o pozitivním testu poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství nebo praktického lékařství pro děti a dorost a ten je povinen rozhodnout o indikaci konfirmačního vyšetření metodou RT-PCR a vyplnit elektronickou žádanku k tomuto vyšetření.

Datum ………………………………. ………………………………………..

 podpis zákonného zástupce