

SÚHLAS ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S AG TESTOVANÍM NA COVID 19 PRE NEPLNOLETÉHO ŠPORTOVCA DO 18 ROKOV

Týmto udeľujem súhlas s antigénovým testovaním na COVID 19 môjho dieťaťa:

Meno priezvisko dieťaťa:

Dátum narodenia:

Súhlas udeľujem pre testovanie na súťaži:

Dátum vystavenia súhlasu:

Meno a podpis zákonného zástupcu:

Poznámka: Tento súhlas vyplnia iba zákonní zástupcovia (rodičia) športovcov do 18 rokov, ktorí sa nezúčastnia súťaže. Súhlas odovzdá dieťa v prípade potreby počas testovania.