

POVĚŘENÍ

..... pověřuje k asistenci při testování
jméno a příjmení zákonného zástupce dítěte

svého dítěte neinvazivním antigenním testem
jméno a příjmení dítěte

.....,
jméno a příjmení pověřené osoby/bytem

který/á s pověřením souhlasí.

podpis zákonného zástupce

podpis pověřené osoby

Dne: