

Skupina:

číslo:

Skupina:

číslo:

Dotazník k antigennímu testování dne:

1. Jméno a příjmení žáka:
2. Číslo pojištění:
3. Zdravotní pojišťovna:
4. Národnost:
5. Adresa trvalého pobytu – ulice, město PSČ:

6. Telefonní číslo, mail zákonného zástupce:

7. Má Váš syn/dcera vystavený certifikát MZČR o provedeném očkování a od finální dávky očkování uběhlo již 14 dní? doloženo ano/ne

8. Prodělal Váš syn/dcera onemocnění Covid 19 v předchozích 90 dnech? (pokud ano, napište, prosím, termín RT-PCR testu s pozitivním výsledkem):
doloženo ano/ne

9. Byl Váš syn/dcera v uplynulých 48 hodinách testován antigenním testem?
doloženo ano/ne

10. Prohlašuji že můj syn/dcera nemá příznaky onemocnění COVID-19

V dne

Podpis zákonného zástupce

Dotazník k antigennímu testování dne:

1. Jméno a příjmení žáka:
2. Číslo pojištění:
3. Zdravotní pojišťovna:
4. Národnost:
5. Adresa trvalého pobytu – ulice, město PSČ:

6. Telefonní číslo, mail zákonného zástupce:

7. Má Váš syn/dcera vystavený certifikát MZČR o provedeném očkování a od finální dávky očkování uběhlo již 14 dní?
doloženo ano/ne

8. Prodělal Váš syn/dcera onemocnění Covid 19 v předchozích 90 dnech? (pokud ano, napište, prosím, termín RT-PCR testu s pozitivním výsledkem):
doloženo ano/ne

9. Byl Váš syn/dcera v uplynulých 48 hodinách testován antigenním testem?
doloženo ano/ne

10. Prohlašuji že můj syn/dcera nemá příznaky onemocnění COVID-19

V dne

Podpis zákonného zástupce