

Základná škola Dr. Daniela Fischera 2, Kežmarok

SPLNOMOCNENIE NA PREBRATIE SAMOTESTOV

Splnomocňujem svojho syna/ dcéru,
žiaka/žiačku triedy k prebratiu antigénových samotestov.

V dňa

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Podpis zákonného zástupcu: