Zákonný zástupce tímto pověřuje třetí osobu k fyzické asistenci při testování svého dítěte. (Zvolit lze jednu nebo obě varianty)

1. Pověření třetí osoby (pedagogického pracovníka ZŠ a MŠ Jižní 1903, Česká Lípa)

asistencí u testování AG testy mého dítěte:

Jméno:…………………………

Datum narození:……………………..

Třída:……………………….

Platnost pověření od 12. 4. 2021 do 30. 6. 2021

1. Pověření třetí osoby

(jméno a příjmení:…………………………………………)

asistencí u testování AG testy mého dítěte:

Jméno:…………………………

Datum narození:……………………..

Třída:……………………….

V České Lípě dne:………………………….

Jméno a příjmení zákonného zástupce:……………………………….

Podpis zákonného zástupce:……………………………….