**Souhlas s opuštěním místa výkonu souvislé praxe**

 **a informace k testování na Covid-19**

Já žák / žákyně …………………………………………………………… třídy …………… beru na vědomí, že mohu individuálně opustit místo výkonu souvislé praxe v případě pozitivního antigenního testu.

Dále jsem srozuměn(a) s tímto:

1) Antigenní testy mi byly vydány ve škole v takovém množství, které pokryje dobu souvislé praxe.

2) Antigenní testování budu provádět 2x týdně a jsem povinen týž den nahlásit škole výsledek testu.

3) S postupem antigenního testování a způsobem oznámení výsledku škole jsem byl seznámen.

4) Antigenní testování se mě netýká, pokud mám souvislou praxi v online režimu, nebo pokud prokážu, že jsem měl max před 90dny pozitivní test

5) V případě pozitivního antigenního testu jsem povinen zajít na PCR testy. Jak se k nim registrovat je v metodice na webu školy a taktéž mi byla metodika zaslána na školní email.

6) Výsledky PCR testu jsem povinen nahlásit škole a mít o nich doklad.

V …………………………………….

Dne…………………………………. ………………………………………………….

 podpis žáka, nebo zákonného zástupce