

SOUHLAS S ASISTENCÍ PŘI TESTOVÁNÍ ŽÁKA

Souhlasím, že (jméno, příjmení asistující osoby)

narozen(a): smí asistovat při testování mého dítěte

(jméno, příjmení), nar.

Jméno zákonného zástupce:

Datum narození:

V dne

Podpis zákonného zástupce: