

9 ФРЕНСКА ЕЗИКОВА ГИМНАЗИЯ „АЛФОНС ДЪО ЛАМАРТИН”

Гр. София – 1000, бул. „ Патриарх Евтимий” № 35

директор – 987 72 16, пом. директори – 987 87 72, канцелария – 987 64 02, 930 80 13

ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

за ученици до 14 - годишна възраст

от....., родител
(име, презиме и фамилия)

на
(име, презиме и фамилия)

ученик в..... клас,

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 250 на 100 000 на ниво община:

Съгласие за тестване:

Декларирам съгласие, детето ми да бъде тествано в класната стая с предоставен безплатно от училището неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за доказване на COVID-19, одобрен от Министерството на здравеопазването, пуснат на пазара в България по реда на Закона за медицинските изделия и с оценено съответствие със съществените изисквания на Директива 98/79/ЕО за диагностичните медицински изделия.

Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста детето ми да не е консумирало храна и да не е поемало течности.

Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

и/или

Наличие на валиден документ за преболедуване, ваксиниране или наличие на антитела

Детето ми отговаря на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувало е COVID-19 преди по-малко от 365 дни, ваксинирано е или има необходимото количество антитела, за което прилагам валиден официален документ.

Дата:.....

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис)