**IZJAVA O SAMOTESTIRANJU**

Podpisni/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, starš/skrbnik učenca/učenke \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

ki obiskuje Center Janeza Levca Ljubljana

izjavljam, *(ustrezno označite)*

 da se strinjam s samotestiranjem mojega otroka v šoli trikrat tedensko.

da se moj otrok iz objektivnih razlogov trikrat tedensko testira doma.

da moj otrok izpolnjuje pogoj PC (cepljenost, prebolevnost).

Prosimo vas, da izjavo pošljete v najkasneje v sredo, 17.11.2021 razredniku ali pa jo v šolo prinese vaš otrok.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis: