

## POTVRZENÍ O PROVEDENÍ ANTIGENNÍHO/PCR TESTU

Tímto potvrzujeme, že náš syn/dcera .....  
byl(a) testován(a) antigenním/PCR\* testem dne .....  
s výsledkem NEGATIVNÍ.

Platnost tohoto potvrzení je 72 hodin od provedení testu.

V ..... dne .....

.....  
Jméno a příjmení zákonného zástupce

.....  
Podpis

\*Nehodící se škrtněte