

**Informovaný súhlas zákonného zástupcu žiaka (žiačky) alebo plnoletého žiaka (žiačky),
na vykonanie dychovej skúšky na prítomnosť alkoholu
alebo testu na drogy,
bez prítomnosti zákonného zástupcu
v školskom roku 2025/2026**

Ako zákonný zástupca žiaka (žiačky) svojim podpisom **dávam súhlas** aby u:

Meno a priezvisko žiaka (žiačky):.....,

dátum narodenia žiaka (žiačky):.....,

bola v prípade podozrenia, alebo v rámci prevencie na požitie alkoholických nápojov, bez mojej prítomnosti vykonaná dychová skúška alkohol testerom alebo vykonaný test na prítomnosť drog, službukonajúcim vychovávateľom Školského internátu SOŠ PT KE alebo príslušníkom policajného zboru.

Tento súhlas platí počas celého pobytu žiaka (žiačky) v Školskom internáte SOŠ PT v Košiciach-Šaci.

.....

Dátum

.....

Meno a priezvisko zák. zástupcu

.....

Podpis zákonného zástupcu

.....

Podpis plnoletého žiaka/žiačky