

INFORMOVANÝ SÚHLAS

**zákonného zástupcu žiaka/žiačky alebo plnoletého žiaka/čky,
na vykonanie dychovej skúšky na prítomnosť alkoholu alebo testu na drogy
bez prítomnosti zákonného zástupcu**

Svojim podpisom dávam súhlas,

aby u (meno a priezvisko žiaka/čky)

dátum narodenia.....bola v prípade podozrenia, alebo v rámci prevencie
vykonaná na požitie alkoholických nápojov dychová skúška alkohol testerom alebo vykonaný test na
prítomnosť drog, službukonajúcim vychovávateľom Školského internátu SOŠ PT alebo príslušníkom
policačného zboru.

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

.....
Meno a priezvisko zákonného zástupcu

.....
Podpis zákonného zástupcu

.....
Podpis plnoletého žiaka/čky

.....
Dátum