**SZÜLŐI HOZZÁJÁRULÓ NYILATKOZAT**

**Alulírott, …………………………………….. (szül. hely, idő: ……………..; édesanyja neve: ……………………….), mint …………………………………..( szül. hely, idő: ……………..; édesanyja neve: ……………………….; lakcím:……………………………………….., TAJ szám: ……………………………) törvényes képviselője, hozzájárulok hogy gyermekemnek a**

**CASTRUM MEDICAL (2000 Szentendre, Paprikabíró utca 21-23) ANTIGÉN GYORSTESZT VIZSGÁLATOT VÉGEZZEN, VALAMINT AZ ELVÉGZETT TESZTELÉS EREDMÉNYE AZ EESZT RENDSZERÉBE FELTÖLTÉSRE KERÜLJÖN.**

**(EZ A TESZTELÉS AZ EU ÁLTAL ELFOGADOTT QUAR KÓDDAL RENDELKEZIK)**

**Az antigén teszt elvégzése abban az esetben történhet meg ha a sportoló a helyszínen rendelkezik az alábbi dokumentumokkal:**

* **TAJ kártya**
* **LAKCÍM kártya**
* **SZÜLŐI NYILATKOZAT**

**Kelt: Szentendre, 2021. november 05**

**…………………………………………….. ……………………………………..**

**Sportoló aláírása Törvényes képviselő aláírása**