



**Základní škola Hranice, okres Cheb**  
Husova 414, 351 24 Hranice u Aše  
IČO: 606 11 405, tel: 354 599 959-60, fax: 354 599 960



## **Souhlas zletilého žáka a studenta nebo zákonného zástupce nezletilého žáka s orientačním testováním žáka na přítomnost OPL**

Souhlasné prohlášení zákonného zástupce k možnosti orientačního testování přítomnosti návykových látek v lidském organismu v průběhu školní docházky.

Způsob testování:

Testování na přítomnost **alkoholu pomocí dechové zkoušky**, v případě přítomnosti **OPL pomocí zkoušky ze slin**.

**Jméno žáka .....**

Souhlasím s možností orientačního testování přítomnosti návykových látek v organismu mého syna/dcery, **existuje-li důvodné podezření z požití návykové látky a možného ohrožení jeho/jejího zdraví**.

**V..... dne.....**

**podpis zákonného zástupce**