



ОСНОВНО УЧИЛИЩЕ „ВАСИЛ ЛЕВСКИ” с. Еница

п.к.5837, с. Еница, общ. Кнежа, обл. Плевен, ул. “Ленин” № 5

тел.0885994123 e-mail: [ou\\_enitsa@abv.bg](mailto:ou_enitsa@abv.bg)

## ДЕКЛАРАЦИЯ ЗА СЪГЛАСИЕ

### за ученици до 14 - годишна възраст

от....., родител  
(име, презиме и фамилия)

на.....,  
(име, презиме и фамилия)

ученик в..... клас,

с цел осигуряване на възможно най-безопасна среда при възстановяване на присъственото обучение в училище при висока заболяемост повече от 250 на 100 000 на ниво община:

#### Съгласие за тестване:

Декларирам съгласие два пъти седмично, както и във всеки първи ден след отсъствие, детето ми да бъде тествано в класната стая с предоставен безплатно от училището неинвазивен бърз антигенен тест с проба от слюнка за доказване на COVID-19, одобрен от Министерството на здравеопазването, пуснат на пазара в България по реда на Закона за медицинските изделия и с оценено съответствие със съществените изисквания на Директива 98/79/ЕО за диагностичните медицински изделия.

Запознат/а съм с изискването 30 минути преди правенето на теста детето ми да не е консумирало храна и да не е поемало течности.

Разбирам, че тестът е с диагностична цел и не може да се използва като единствена основа за вземане на решение за лечение.

**и/или**

#### Наличие на валиден документ за преболедуване, ваксиниране или наличие на антитела

Детето ми отговаря на изискванията за присъствено обучение при осигурена здравословна среда – преболедувало е COVID-19 преди по-малко от 365 дни, ваксинирано е или има необходимото количество антитела, за което прилагам валиден официален документ.

Дата:.....

**ДЕКЛАРАТОР:.....**

(подпис)