إقرار تنازل من قِبل الوالدين عن إجراء الفحص الطبي المدرسي إلى طبيبة/طبيب المدرسة

نؤكد بموجب هذا، أننا **نتنازل** عن إجراء **الفحص الطبي المدرسي** للطفل

اسم الطفل الأول ولقبه

الاسم الأول .....

اللقب .....

تاريخ الميلاد .....

الصف .....

المدرسة .....

اسم أولياء الأمور الأول ولقبهم

الاسم الأول .....

اللقب .....

العنوان .....

الاسم الأول .....

اللقب .....

العنوان .....

المكان والتاريخ .....

.....

توقيع أولياء الأمور