اعلام انصراف والدین در خصوص معاینه پزشک مدرسه

بدینوسیله تایید می کنیم که از معاینه پزشکی

نام و نام خانوادگی کودک

نام خانوادگی .....

نام کوچک .....

تاریخ تولد .....

کلاس .....

مدرسه .....

که در مدرسه انجام می شود، صرف نظر می کنیم.

نام و نام خانوادگی اولیای قانونی

نام خانوادگی .....

نام کوچک .....

نشانی .....

نام خانوادگی .....

نام کوچک .....

نشانی .....

مکان و تاریخ .....

.....

امضای اولیای قانونی