

Izjava roditelja o odricanju na ruke školskom liječniku/školskoj liječnici

Ovim potvrđujemo da se **odričemo medicinskog pregleda školskog liječnika/školske liječnice** za dijete

Prezime i ime djeteta

Prezime

Ime

Datum rođenja

Razred

Školska zgrada

Prezime i ime staratelja

Prezime

Ime

Adresa

Prezime

Ime

Adresa

Mjesto i datum

.....

Potpis staratelja