

Izjava roditelja o odricanju na ruke školskom lekaru

Ovim potvrđujemo da se **odričemo medicinskog pregleda školskog lekara** za dete

Prezime i ime deteta

Prezime

Ime

Datum rođenja

Razred

Školska zgrada

Prezime i ime staratelja

Prezime

Ime

Adresa

Prezime

Ime

Adresa

Mesto i datum

.....

Potpis staratelja