Заява батьків про відмову (до відома шкільного лікаря)

Цим ми підтверджуємо, що відмовляємось від проведення **шкільного медичного огляду** для

Прізвище та ім’я дитини

Прізвище .....

Ім’я .....

Дата народження .....

Клас .....

Навчальний заклад .....

Прізвище та ім’я законного представника

Прізвище .....

Ім’я .....

Адреса .....

Прізвище .....

Ім’я .....

Адреса .....

Місце і дата .....

.....

Підпис законного представника