

WYRAŻENIE ZGODY

Ja niżej podpisany/a _____ legitymujący/a się dowodem osobistym
seria, nr _____ wydanym przez _____ wyrażam zgodę na
przeprowadzenie bez mojego udziału badania lekarskiego MOJEGO DZIECKA – kandydata do:

nazwa szkoły

Imię i nazwisko dziecka: _____ PESEL: _____

Miejscowość i data

czytelny podpis rodzica