

ZGODA RODZICA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ 2019/20

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na objęcie mojego dziecka

..... ucznia klasy

szkolną opieką stomatologiczną.

* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

ZGODA RODZICA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ 2019/20

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na objęcie mojego dziecka

..... ucznia klasy

szkolną opieką stomatologiczną.

* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

ZGODA RODZICA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ 2019/20

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na objęcie mojego dziecka

..... ucznia klasy

szkolną opieką stomatologiczną.

* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna

ZGODA RODZICA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ 2019/20

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na objęcie mojego dziecka

..... ucznia klasy

szkolną opieką stomatologiczną.

* niepotrzebne skreślić

.....

Podpis rodzica/prawnego opiekuna