

ДЕКЛАРАЦИЯ

по чл.87, ал.2 от Закона за здравето

Долуподписаният/та

.....

(име, презиме, фамилия на декларатора)

родител/настойник на

.....

(име, презиме, фамилия на ученика)

който/която е ученик/ученичка от клас в ОУ „Никола Йонков Вапцаров” – гр. Разград

Декларирам, че давам своето информирано съгласие за следното:

Синът ми/дъщеря ми да бъде прегледан/а периодично през учебната 2018/2019 г. от училищните медицински специалисти и освободен/на от учебни занятия при опаразитяване.

ДАТА:

ДЕКЛАРАТОР:

(подпис)

/...../

(име, презиме, фамилия на декларатора)