

REZYGNACJA Z DALSZEGO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE CHOROÓB
KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału mojego dziecka/podopiecznego

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w Regionalnym programie zdrowotnym w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego.

Powodem mojej rezygnacji jest:

.....
.....
.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami) data i podpis