

Szülői Nyilatkozat Iskolai Fogászati Szűrésről

Alulírott szülő hozzájárulok és kérem, hogy a Forrás Oktatási Központ (Tard) tanulójaként
gyermekem:

Név/nevek:

iskolai fogászati szűrését a tardi szakorvos elvégezze / ne végezze el. *(aláhúzandó a megfelelő szöveg)*

Dátum:

Szülői aláírás: