

Orvosi szűrővizsgálatok belegező nyilatkozata

..... (tanuló neve)osztály

szül. helye, dátuma:

TAJ-száma:.....

Általános iskola neve:

.....

Általános iskola címe:

.....

Az iskola egészségügyi munkát szabályozó törvények (33/1998-as, és a 26/1997-es NM rendelet) értelmében a gimnáziumokban tanuló diákoknak két évente egészségügyi szűrővizsgálaton kell részt vennie.

Kérem ennek tudomásul vételét!

Kecskemét, 2021. június

Tudomásul vettem:

.....

szülő aláírása