WYRAŻAM ZGODĘ NA ORTOPTYCZNE BADANIE PRZESIEWOWE

MOJEGO DZIECKA…………………………………………………………………….

ucznia (uczennicy) klasy/oddziału………………., urodzonego(ej)……………………………….

PRZEZ ORTOPTYSTKĘ KAROLINĘ MRÓZ

……………………... ……………………………….

 data czytelny podpis rodzica