

**REZYGNACJA Z DALSZEGO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE
CHORÓB KRĘGOSŁUPA I OTYŁOŚCI WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWICKIEGO**

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

.....
Imię i nazwisko dziecka oraz oznaczenie szkoły i klasy do której uczęszcza, drukowanymi literami

W projekcie pn. „„Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM ARNICA w Starych Babicach”, w ramach Regionalnego programu zdrowotnego 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

