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

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

……

Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

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

Powodem mojej rezygnacji jest:

……

……

……

……

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

(ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami)

……

data i podpis