

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

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

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

w Regionalnym programie zdrowotnym 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