

СОГЛАСНОСТ

Јас _____ родител на ученикот _____
(име и презиме) (име и презиме)

се согласувам моето дете да биде дел од мерењата опфатени со проектот одобрен од Општина Охрид - ПРАВИЛЕН РАСТ И РАЗВОЈ НА ДЕЦАТА ОД 6 ДО 8 ГОДИНИ, за навремено да се детектираат телесните деформитети на часовите по физичко образование. За таа цел ги приложувам следните податоци:

Име и презиме на ученикот _____

е - mail на родителот _____

телефон _____

ОУ „Григор Прличев,, - Охрид

родител

дата: 05.11.2014

(скратен потпис)