Nyilatkozat

Aláírásommal beleegyezem, hogy gyermekemről röntgenfelvételt készítsenek, tüdőszűrés céljából.

# Gyermek

neve:………………………………………………………………………………………………………………

születési ideje, helye:………………………………………………………………………………………

TAJ-száma:……………………………………………………………………………………………………….

lakcíme:…………………………………………………………………………………………………………..

201…………………………… ……………………………………………