

ДЕКЛАРАЦИЯ

ОТ.....
(трите имена на родител)

Родител/настойник на
(трите имена на ученик/ученичка)

ученик/ученичка отклас на Второ основно училище „Никола Йонков Вапцаров“ – гр. Варна.

Декларирам, че съм съгласен/не съм съгласен детето ми да бъде тествано два пъти в седмицата за COVID-19.

Дата:.....

Родител:.....
/подпис/