***SREDNJA ŠKOLA 'BRAĆA RADIĆ'***

***DOM UČENIKA***

***Kaštel Štafilić – Nehaj***

***SUGLASNOST***

Ja, dolje potpisani roditelj učenika/ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_smještenog/ne u

domu učenika dajem pristanak da se moje dijete tijekom školske godine može testirati na

konzumiranje sredstava ovisnost.Testiranje će provesti liječnik u nazočnosti odgajatelja.

TESTIRANJE ĆE SE PROVESTI O TROŠKU ŠKOLE/DOMA.

  **Roditelj učenika/ce:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Voditeljica doma MP Ravnateljica škole

Marijana Hrga,prof. Marija Kezele,prof.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_