

Marijampolės Sūduvos gimnazijos pagalbos
mokinio savirūpai pagal gydytojų rekomendacijas
užtikrinimo, jeigu mokinys serga lėtine neinfekcine
liga, tvarkos aprašo
4 priedas

(Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

(Gyvenamosios vietos adresas, tel. Nr., el. pašto adresas)

Marijampolės Sūduvos gimnazijos
Direktoriui

**ATSISAKYMAS
ORGANIZUOTI PAGALBĄ MOKINIO SAVIRŪPAI**

20__ m. _____ mėn. __ d.

Marijampolė

Atsisakau, kad būtų organizuojama pagalba mokinio savirūpai mano
dukrai/sūnui/globotinei(-iui) _____,

(Vardas, pavardė)

(pavadinimas)

klasės mokinei(-iui), kuri(-is) serga lėtine neinfekcine liga. Esu informuotas(-a) apie galimybę
organizuoti pagalbą mokinio savirūpai pagal individualų pagalbos mokinio savirūpai teikimo
mokykloje planą.

(Parašas)

(Tėvų (globėjų, rūpintojų) vardas, pavardė)

