И З Ј А В А

Ја \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , дајем Изјаву да

( име и презиме родитеља )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не болује од заразне болести

( име и презиме ученика )

COVID-19, да није био у свесном контакту са особом која болује од те болести последњих 10 (десет) дана.

Одговорно изјављујем да именовани може да учествује на Општинском-Окружном школском спортском такмичењу у АТЛЕТИЦИ, које организује Савез за школски спорт града Новог Сада.

Нови Сад ,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Потпис родитеља/старатеља\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Школа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_