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 школском спортском такмичењу у џудо спорту.

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 школском спортском такмичењу у џудо спорту.

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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