



\_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

## Yazılı İlaç Onay Formu

Özel Yeşilköy İlk ve Ortaokulu Müdürlüğüne,

Okulunuz \_\_\_\_\_ sınıfı \_\_\_\_\_ numaralı  
öğrencisi \_\_\_\_\_ 'nin velisiyim. \_\_\_\_\_ tarihinde,  
saat \_\_\_\_\_ 'de, günde \_\_\_\_\_ kez \_\_\_\_\_ adlı ilacın  
verilmesini talep ediyorum. Tüm sorumluluk bana aittir

Veli Adı Soyadı :

Telefon :

İmza :