……………………………

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko opiekunów prawnych)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y……………………………………………………………………………

(imię i nazwisko opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam sprzeciw wobec objęcia pozostającej/ego pod moją opieką ….……………………………………………………………………………………….………

(imię i nazwisko małoletniego ucznia )

\*proszę wstawić znak x w odpowiednie okienko

🞏profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania

i wychowania.

🞏świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia;

🞏profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. Roku życia.

…………………….…………………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna prawnego ucznia)