-……..

……..
(Imiona i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)

…... ……
(Miejscowość, data)

……

……
(adres zamieszkania)

……..
(Nazwa świadczeniodawcy)

…….

……..
(adres świadczeniodawcy))

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną*

Ja, niżej podpisana/y……..
(imiona i nazwiska rodziców lub opiekuna prawnego/opiekunów prawnych małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku 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 i nr PESEL)

ucznia/uczennicy klasy …….

- o profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania /higienistkę szkolną;
- o świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- o profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia.

……..
(imiona i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)

o zaznacz wybrane