

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

GLIWICE, dnia.....

DANE SZKOŁY

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja/my niżej podpisana/y*.....

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo 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 mnie/pozostającej/ego pod moja opieką.....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)

-profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

*rodzic/opiekun prawny