

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko opiekunów prawnych ucznia)

.....
(adres zamieszkania)

(Nazwa i adres świadczeniodawcy) – zgodnie z załącznikiem

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 i nr PESEL)

świadczenia:

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną;
- 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)