

Zielonka, dnia

Ja niżej podpisany

.....
Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

Oświadczam, że w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami,
wyrażam sprzeciw udzielania profilaktycznych świadczeń stomatologicznych:

.....
Imię i nazwisko ucznia

NR PESEL ucznia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia