

.....
(miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko rodziców bądź opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nazwa świadczeniodawcy)

.....
(adres świadczeniodawcy)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko rodzica 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 pozostającej/ego pod moją opieką.....
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania czy też higienistkę szkolną;
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia.

.....
(podpis/ imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)