

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja/My, niżej podpisana/y / ni
(imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych 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/-y sprzeciw** wobec objęcia opieką :

- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia

mojego/naszego dziecka....., klasa.....
(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

do ukończenia nauki w szkole podstawowej.

.....
(podpis matki/opiekuna prawnego)

.....
(podpis ojca/ opiekuna prawnego)