

.....
pieczęć szkoły

Ja, niżej podpisana (-y)

(imię i nazwisko opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

jako opiekun prawny ucznia

(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

1. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie [TAK / NIE]*,

2. objęcie opieki nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną [TAK / NIE]*.

SPRZECIWIAM SIĘ objęciu ww. ucznia profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi udzielanymi w dentobusie [TAK / NIE]*.

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia

* właściwe zaznaczyć podkreśleniem, niepotrzebne skreślić

Jeśli wyrażacie Państwo zgodę należy zaznaczyć TAK w punkcie 1, a jeśli nie wyrażacie Państwo zgody należy zaznaczyć TAK przy SPRZECIWIAM SIĘ. Punkt 2 dotyczy dzieci z niepełnosprawnością lub przewlekle chorych.