

.....
(Miejscowość, data)

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

.....
(adres zamieszkania)

.....
(Nazwa świadczeniodawcy)

.....
(adres świadczeniodawcy)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia 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 objęcia mnie / pozostającej/ego pod moją opieką

(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną*;
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*;
- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia*.

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)

*niepotrzebne skreślić