

Miejscowość, data:

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko:

Telefon:

Dane ucznia:

Imię i nazwisko:

Klasa:

Nazwa szkoły:

**SPRZECIW WOBEC UDZIAŁU W PROFILAKTYCZNEJ OPIECE
STOMATOLOGICZNEJ**

realizowanej w szkolnym gabinecie stomatologicznym

Ja, niżej podpisany/a, jako rodzic/ opiekun prawny ucznia wskazanego powyżej, oświadczam, że wyrażam sprzeciw na udział mojego dziecka w działaniach profilaktycznych prowadzonych przez szkolny gabinet stomatologiczny mieszczący się przy ul. Wyzwolenia 13 w Strzegowie.

Sprzeciw dotyczy w szczególności świadczeń profilaktycznych realizowanych na terenie szkoły, w tym m.in. przeglądów stomatologicznych, fluoryzacji oraz innych działań profilaktycznych prowadzonych przez personel gabinetu.

Oświadczam, że decyzję podejmuję świadomie i dobrowolnie.

.....
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)