

.....
pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y
(imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego ucznia małoletniego lub pełnoletniego ucznia)
wyrażam zgodę na objęcie pozostającej/ego pod moją opieką/ mnie
..... (imię i nazwisko ucznia
małoletniego i PESEL) profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole.

WYRAŻAM ZGODĘ NA:		
Rodzaj świadczenia	TAK	NIE
świadczenia ogólnostomatologiczne		
objęcie opieką nad uczniem w szkole przez pielęgniarkę środowiskową		
WYRAŻAM SPRZECIW NA:		
profilaktyczne świadczenia stomatologiczne		

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

Podstawa prawna:

Ustawa z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) – art. 7.

