

.....
(Miejscowość, data)

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

.....
(adres zamieszkania)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką stomatologiczną

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 **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mnie / pozostającej/ego pod moją opieką

.....
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

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