

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

Kielce, dnia.....

**Prywatny Gabinet Stomatologiczny
Edyta Siudak
ul. Zamenhofska 4
25-555 Kielce**

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja/my niżej podpisana/y*.....

(imię i nazwisko rodzica/ 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 pozostającej/ego pod moją opieką.....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)

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

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

*rodzic/opiekun prawny