…………………………………..

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekuna prawnego)

……………………………………………………

(Klasa)

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

 ……………………………………………………………

 ……………………………………………..……………

 (Nazwa i 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)

* profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania \*
* 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*