

.....
(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*