

Baranów, dn.
(data)

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

.....

.....
(adres zamieszkania)

Baranowie*

1) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w

ul. Długa 26, 24-10 Baranów

2) Gabinet Stomatologiczny*

ul. Długa 26, 24-105 Baranów

(nazwa i adres świadczeniodawcy)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką zdrowotną za pośrednictwem szkoły

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
mojego dziecka

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

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania*;
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia*;
- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia*.

.....
podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
* niepotrzebne skreślić.