…………………………………………

(imię i nazwisko matki) ………………….., dnia ……………………....

 Miejscowość data

…………………………………………

(imię i nazwisko ojca)

 **Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna**

**lek. stom. Ewa Cwalina**

**Krasienin Kolonia 33, 21-025 Niemce**

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną**

Ja niżej podpisana/y……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 3 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy …..... Szkoły Podstawowej im. Joachima Lelewela w Jakubowicach Konińskich profilaktyczną opieką stomatologiczną..

…………………………………………

(czytelny podpis matki/ojca)

…………………………………………

(imię i nazwisko matki) ………………….., dnia ……………………....

 Miejscowość data

…………………………………………

(imię i nazwisko ojca)

 **Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Stomatologiczna**

**lek. stom. Ewa Cwalina**

**Krasienin Kolonia 33, 21-025 Niemce**

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną**

Ja niżej podpisana/y……………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 3 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy …..... Szkoły Podstawowej im. Joachima Lelewela w Jakubowicach Konińskich profilaktyczną opieką stomatologiczną..

…………………………………………

(czytelny podpis matki/ojca)