.............................. Miejscowość, data….....

 pieczątka szkoły

**Zgoda na objęcie ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana (-y) ................................................................................................................

 (imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub rodziców ucznia)

wyrażam zgodę na objęcie mojego syna/córki opieką ..............................................................

.....................................................................................................................................................

(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

WYRAŻAM ZGODĘ NA:

1. świadczenia ogólnostomatologiczne [TAK / NIE];
2. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia udzielane w dentobusie [TAK / NIE],
3. objęcie opiekę nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną [TAK / NIE].

WYRAŻAM SPRZECIW NA:

1. profilaktyczne świadczenia stomatologiczne [TAK / NIE];
2. profilaktyczne świadczenia stomatologiczne udzielane w dentobusie [TAK / NIE].

....................................................................

 data, i podpis rodziców lub pełnoletniego ucznia