

.....  
*pieczęć szkoły*

**Ja, niżej podpisana (-y)** .....  
*(imię i nazwisko opiekuna prawnego ucznia małoletniego)*

**jako opiekun prawny ucznia** .....  
*(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)*

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

1. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie [TAK / NIE]\*,

2. objęcie opieką nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną [TAK / NIE]\*.

**SPRZECIWIAM SIĘ objęciu ww. ucznia** profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi udzielanymi w dentobusie [TAK / NIE]\*.

.....  
*Data i miejscowość*

.....  
*Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia*

\* właściwe zaznaczyć podkreśleniem, niepotrzebne skreślić