

## Zgoda na objęcie ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana (-y) .....

*(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub opiekuna prawnego ucznia małoletniego)*

wyrażam zgodę na objęcie mnie / pozostającej (-ego) pod moją 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 opieką 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 miejscowość

.....

Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia