

.....
(Miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(Nazwa świadczeniodawcy)

.....
(adres świadczeniodawcy)

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

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 w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mnie / pozostającej/ego pod moją opieką

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

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

.....
(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)