.....
pieczęć szkoły

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:
świadczenia ogólnostomatologiczne [TAK / NIE];

WYRAŻAM SPRZECIW NA:
profilaktyczne świadczenia stomatologiczne [TAK / NIE];

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia