

Zgoda
na objęcie dziecka/ucznia przewlekle chorego lub niepełnosprawnego
profilaktyczną opieką zdrowotną

Ja niżej podpisana (-y)
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

sprawująca (-y) faktyczną opiekę nad
(imię i nazwisko małoletniego dziecka/ucznia)

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody
(właściwe podkreślić)

na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole przez higienistkę szkolną.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Wyrażenie sprzeciwu
w zakresie objęcia dziecka/ucznia
profilaktyczną opieką zdrowotną

Ja niżej podpisana (-y)
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

sprawująca (-y) faktyczną opiekę nad
(imię i nazwisko małoletniego dziecka/ucznia)

wyrażam sprzeciw

na objęcie profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole przez higienistkę szkolną.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**Wyrażenie sprzeciwu
w zakresie objęcia dziecka/ucznia
profilaktyczną opieką stomatologiczną**

Ja niżej podpisana (-y)
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

sprawująca (-y) faktyczną opiekę nad
(imię i nazwisko małoletniego dziecka/ucznia)

wyrażam sprzeciw

na objęcie profilaktyczną opieką stomatologiczną.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)