

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)

### **Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y.....  
(imię i nazwisko rodzica/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 opieką **(właściwe podkreślić):**

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną;
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia;
- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia,

mojego dziecka.....,      klasa.....  
(imię i nazwisko małoletniego ucznia )

do ukończenia nauki w szkole podstawowej.

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego )

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko rodziców/opiekunów prawnych)