

.....
pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną i opieką profilaktyczną zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami

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. 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];

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia

.....
pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną i opieką profilaktyczną zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami

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:

3. świadczenia ogólnostomatologiczne [TAK / NIE];
4. objęcie opieką nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną [TAK / NIE].

WYRAŻAM SPRZECIW NA:

2. profilaktyczne świadczenia stomatologiczne [TAK / NIE];

.....
Data i miejscowość

.....
Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia