

WYRAŻAM **SPRZECIW** NA OBJĘCIE POZOSTAJĄCEJ/ EGO POD MOJĄ OPIEKĄ

.

.....

.....

(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

- 1.profilaktyczną opieką zdrowotną (TAK/NIE)
- 2.profilaktycznym świadczeniem stomatologicznym [TAK / NIE];

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego