….....
pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką profilaktyczną

Zgodnie z art. 7 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) ja, niżej podpisana/y ..... (imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego ucznia małoletniego lub pełnoletniego ucznia) wyrażam zgodę na objęcie pozostającej/ego pod moją opieką/ mnie .... (imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL) profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole.

WYRAŻAM ZGODĘ NA:		
Rodzaj świadczenia	**TAK**	**NIE**
świadczenia ogólnostomatologiczne		
świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie		
objęcie opiekę nad uczniem przewlekle chorym lub niepełnosprawnym w szkole przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną		

WYRAŻAM SPRZECIW NA:		
profilaktyczne świadczenia stomatologiczne		
profilaktyczne świadczenia stomatologiczne udzielane w dentobusie		

..... …….....
(data i miejscowość) (czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

.