…….....
(Miejscowość, data)

……
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub opiekunów prawnych)

……..

……
(adres zamieszkania)

…….
(nazwa świadczeniodawcy)

……..

……..
(adres świadczeniodawcy)

Zgoda na objęcie ucznia opieką profilaktyczną

Ja niżej podpisana/y …….
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia lub opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami

wyrażam zgodę na objęcie mnie / pozostającej/ego pod moja opieką …….

……..
(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

……..
PESEL

- ☐ * profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną

- ☐ * profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

……..
(czytelny podpis pełnoletniego ucznia lub opiekuna prawnego)

*Zaznaczyć właściwe