……..
(Miejscowość, data)

……
(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

……

……
(adres zamieszkania)

……..
(Nazwa świadczeniodawcy)

…….

……..
(adres świadczeniodawcy))

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y……
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo 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 mnie / pozostającej/ego pod moją opieką
…….……
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

☐ *profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania czy też higienistkę szkolną;

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

……..
(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)

*zaznaczyć właściwe