

.....  
pieczęć szkoły

### **Zgoda na objęcie ucznia opieką profilaktyczną**

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. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie [TAK / NIE],
3. 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];
2. profilaktyczne świadczenia stomatologiczne udzielane w dentobusie [TAK / NIE].

.....  
Data i miejscowość

.....  
Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia