

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(imię i nazwisko ojca)

Poznań, dnia

.....

.....

.....

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja niżej
podpisana/y.....

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece
zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy w Poznaniu
profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży.

.....

(czytelny podpis matki/ojca)