

.....  
(imię i nazwisko matki)

....., dnia .....  
Miejscowość data

.....  
(imię i nazwisko ojca)

**Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
EURODENT Agnieszka Cimochowska**

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką stomatologiczną**

Ja niżej podpisana/y.....  
(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 3 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

.....  
(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy ..... Szkoły Podstawowej .....  
profilaktyczną opieką stomatologiczną.

.....  
(czytelny podpis matki/ojca)