…………………………………………………………………..

(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

………………………………………………………………......

(adres zamieszkania)

 .................................................................

 ( miejscowość,data )

 ............................................................................................

 (nazwa i nr szkoły)

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja/my 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 moja opieką…………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko małoletniego ucznia, nr PESEL)

-profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

 ………………………………………………………………… (imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

\*rodzic/opiekun prawny