……
(miejscowość, data)

……
(Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

……

……
(adres zamieszkania)

Sprzeciw wobec świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej

Ja niżej podpisana/y …… działając na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078) **wyrażam sprzeciw**na objęcie mojego dziecka …… ucznia/uczennicy kl. …… Szkoły Podstawowej Nr 4 im. Jarosława Iwaszkiewicza w Sandomierzuprofilaktyczną opieką zdrowotną.

……..
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

……
(miejscowość, data)

……
(Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

……

……
(adres zamieszkania)

Sprzeciw wobec świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki stomatologicznej

Ja niżej podpisana/y …… działając na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078) **wyrażam sprzeciw** na objęcie mojego dziecka …… ucznia/uczennicy kl. …… Szkoły Podstawowej Nr 4 im. Jarosława Iwaszkiewicza w Sandomierzu profilaktyczną opieką stomatologiczną.

……
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)