……
(miejscowość, data)

……
(Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

……

……
(adres zamieszkania)

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną zgodnie z ustawą z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078)

Ja niżej podpisana/y …….. **wyrażam zgodę** na objęcie mojego dziecka …….. ucznia/uczennicy kl. …… Szkoły Podstawowej Nr 4 im. Jarosława Iwaszkiewicza w Sandomierzu opieką stomatologiczną.

……
(czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)