Tułowice, ………………………

……………..……………………………………………..

 (Nazwa świadczeniodawcy)

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y…………………………………………………………………………….

 (imię i nazwisko rodzica 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 mojego dziecka

….……………………………………………………………………… ucznia klasy ……………

 (imię i nazwisko)

* profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania czy też higienistkę szkolną;
* profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia.

…………………….…………………………………………..

 (czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego)