

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....  
.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(Nazwa świadczeniodawcy)

.....  
.....  
(adres świadczeniodawcy)

### **Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, 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 moją opieką

.....  
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania;
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia.

.....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)