

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

.....  
(adres zamieszkania)

## Szkoła Podstawowa Nr 4 im. Polskich Podróżników w Iławie

(Nazwa świadczeniodawcy)

14-200 Iława

ul. M. Skłodowskiej-Curie 31

(adres świadczeniodawcy)

### Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y.....  
(imię i nazwisko rodzica/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 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.\*

\*- niepotrzebne skreślić

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia)