…………………………………………

(imię i nazwisko matki)

…………………………………………

(imię i nazwisko ojca)

Poznań, dnia ……………………....

**………………………………….**

**………………………………….**

**…………………………………..**

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

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

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mojego dziecka

………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

ucznia klasy …..... ……………………………………….. ……………………. w Poznaniu profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży.

…………………………………………

(czytelny podpis matki/ojca)