

.....
pieczęć szkoły

Deklaracja objęcia ucznia opieką stomatologiczną

Ja, niżej podpisana (-y)
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego małoletniego ucznia
lub imię i nazwisko pełnoletniego ucznia)

wyrażam /nie wyrażam* zgodę/y na objęcie opieką stomatologiczną

pozostającej (-ego) pod moją opieką/mnie
(imię i nazwisko ucznia małoletniego)

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

Poświadczam, że zapoznano mnie z informacją o zakresie opieki stomatologicznej nad uczniami PCKZiU (nazwa szkoły) oraz o prawie do wyrażenia sprzeciwu, co do wykonania profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

.....
(data i miejscowość)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
lub pełnoletniego ucznia)

* niepotrzebne skreślić

Zgodnie z art. 7 ust 2 i ust 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 poz. 1078)