Załącznik nr 1
do informacji w zakresie
opieki zdrowotnej

……..
(imię i nazwisko rodzica)

……
(adres zamieszkania)

Czernina, dn……

……..

……

(nazwa świadczeniodawcy)

SPRZECIW RODZICA

Ja niżej podpisany…….. po zapoznaniu się z informacją o zakresie
(imię i nazwisko rodzica)

sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole wyrażam swój sprzeciw w sprawie objęcia mojego dziecka…….
(imię i nazwisko)

ucznia klasy……Szkoły Podstawowej w Czerninie w roku szkolnym…….profilaktyczną

opieką zdrowotną * / profilaktyczną opieką stomatologiczną *

……

(czytelny podpis rodzica)

*przekreślić w przypadku wyboru sprzeciwu

Podstawa prawna: art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z dnia 11 czerwca 2019r., Poz. 1078).