

.....  
(miejscowość, data)

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

.....  
(adres zamieszkania)

## **Sprzeciw wobec świadczeń z zakresu profilaktycznej opieki stomatologicznej**

Ja niżej podpisana/y ..... działając na  
podstawie art. 7 ust. 2 z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami  
(Dz. U. 2019 poz.1078) **wyrażam sprzeciw** na objęcie mojego dziecka  
..... ucznia/uczennicy

kl. .... Szkoły Podstawowej nr 3 im. Generała Franciszka Kleeberga we Włodawie  
profilaktyczną opieką stomatologiczną.

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