

miejscowość, dnia.....

imię i nazwisko.....

adres.....

Do:

Pielęgniarka imię i nazwisko.....

Dyrektora Szkoły imię i nazwisko.....

Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktyczną opieką zdrowotną

Ja, niżej podpisana/ny, na podstawie art. 7 ust. 2 i art. 9 ust. 1 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam sprzeciw wobec objęcia mojego dziecka....., ucznia klasy Szkoły Podstawowej nr w (właściwe podkreślić):

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania lub higienistkę szkolną;
- świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia;
- profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

Nie wyrażam zgody na żadne zabiegi medyczne (z wyjątkiem sytuacji zagrożenia zdrowia i życia oraz wymagających opatrzenia drobnych urazów) bez mojej wiedzy oraz na przetwarzanie danych medycznych mojego dziecka.

Z poważaniem,

.....

podpisy rodziców