.....
pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną

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

wyrażam/y zgodę na objęcie mnie / pozostającej (-ego) pod moją/naszą opieką .....

.....
(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

1. WYRAŻAM ZGODĘ NA:
   świadczenia ogólnostomatologiczne [TAK / NIE];
   dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia

2. WYRAŻAM SPRZECIW NA:
   profilaktyczne świadczenia stomatologiczne [TAK / NIE];
   dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia

Oświadczam, że uzyskałem/am informację o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)

....
Data i miejscowość Czytelny podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia

*odpowiednie podkreślić

.....
pieczęć szkoły

Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną

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

wyrażam/y zgodę na objęcie mnie / pozostającej (-ego) pod moją/naszą opieką .....

.....
(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)

1. WYRAŻAM ZGODĘ NA:
   świadczenia ogólnostomatologiczne [TAK / NIE];
   dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia

2. WYRAŻAM SPRZECIW NA:
   profilaktyczne świadczenia stomatologiczne [TAK / NIE];
   dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia

Oświadczam, że uzyskałem/am informację o której mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.)

....
Data i miejscowość Czytelny podpis rodzica/opiekuna lub pełnoletniego ucznia

*odpowiednie podkreślić