

**Sprzeciw rodzica dotyczący objęcia dziecka opieką stomatologiczną w szkole**

Płock, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko rodziców

Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. z 2019 r. poz. 1078) wyrażam sprzeciw dotyczący objęcia mojego dziecka

.....ucz. kl. ....  
imię i nazwisko dziecka

Szkoły Podstawowej z Oddziałami Dwujęzycznymi nr 3 im. Kornela Makuszyńskiego w Płocku, opieką przez lekarza dentystę/higienistkę stomatologiczną w szkole.\*

.....  
czytelny podpis rodziców/prawnych opiekunów

\* Sprzeciw należy przekazać bezpośrednio do gabinetu stomatologicznego