

**Wyrażenie sprzeciwu  
w zakresie objęcia dziecka/ucznia  
profilaktyczną opieką stomatologiczną**

Ja niżej podpisana (-y) .....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego ucznia małoletniego)

sprawująca (-y) faktyczną opiekę nad .....  
(imię i nazwisko małoletniego dziecka/ucznia)

**wyrażam sprzeciw**

na objęcie profilaktyczną opieką stomatologiczną.

.....  
(data)

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