

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Imię i nazwisko rodziców/ opiekunów prawnych)

.....

.....
(adres zamieszkania)

świadczeniodawca: Medycyna Szkolna Grażyna Kamińska
Ostróda, Czarnieckiego 15/4
nr umowy z NFZ: 14081585-16/144/01/POZ

Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

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

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami (DZ.U. z dnia 11.06.2019, poz.1078)

wyrażam sprzeciw wobec objęcia pozostającej/ego pod moją opieką

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

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez higienistkę szkolną Grażynę Kamińską w Gabinetzie Profilaktyki Zdrowotnej przy Publicznej Szkole Podstawowej w Miłomłynie.

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