

.....  
(imię i nazwisko matki)

.....  
(imię i nazwisko ojca)

.....  
Miejscowość, data

Samodzielny Publiczny  
Zakład Opieki Zdrowotnej w Kurowicach  
ul. Pabianicka 4  
95-006 Kurowice

### **Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko rodzica)

na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami wyrażam sprzeciw wobec objęcia mojego dziecka

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

ucznia klasy..... Szkoły Podstawowej im. Orła Białego w Kurowicach profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi dla dzieci i młodzieży.

.....  
(czytelny podpis matki/ojca)

Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne obejmują:

- ➡ Okresową ocenę stanu uzębienia i wskaźnika próchnicy,
- ➡ Kwalifikację do leczenia stomatologicznego,
- ➡ Wykrywanie wad zgryzu,
- ➡ Profesjonalną profilaktykę fluorkową (lakowanie i lakierowanie zębów stałych).

**Sprzeciw można wnieść w całości lub w części z dokładnym określeniem, na jakie świadczenie rodzic wyraża zgodę/sprzeciw.**