

pieczętka gabinetu medycyny szkolnej

SPRZECIW
Rodzica/ pełnoletniego ucznia*

Nie wyrażam zgody na objęcie mojego dziecka / pełnoletniego ucznia*

.....
imię i nazwisko ucznia

pesel

klasa

profilaktyczną opieką zdrowotną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo
higienistkę szkolną

.....
Nazwa i adres szkoły

Jaworzno,

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

* właściwe podkreślić

podstawa prawna:

Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.