

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.