…………………………………..

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

……………………………………………..

(Nazwa świadczeniodawcy)

…………………….……………………….

……………………………………………..

(adres świadczeniodawcy))

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko rodzica albo opiekuna prawnego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o

opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia syna/córki

….……………………………………………………………………………………….………

(imię i nazwisko ucznia i nr PESEL)

* profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania czy też higienistkę szkolną;

…………………….…………………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)