

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
miejscowość, data

.....
(imię i nazwisko ojca)

**SZKOŁA PODSTAWOWA NR 39
w Szczecinie**

SPRZECIW wobec objęcia ucznia STOMATOLOGICZNĄ 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 nr 39 w Szczecinie 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.