…………………………………..

(Miejscowość, data)

……………………………………………………

(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

……………………………………………………

……………………………………………………

(adres zamieszkania)

 ……………………………………………..

 (Nazwa świadczeniodawcy)

 …………………….……………………….

 ……………………………………………..

 (adres świadczeniodawcy))

**Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

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

 (imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego 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 mnie / pozostającej/ego pod

moją opieką ….……………………………………………………………………………………….………

(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

* profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną;

…………………….…………………………………………..

(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)