

.....
(miejscowość, data)

Imię i nazwisko Ucznia/Uczennicy*klasa.....

.....
(imię i nazwisko:

- Rodzica /Opiekuna prawnego niepełnoletniego Ucznia/Uczennicy
- lub Ucznia pełnoletniego)*

** prosimy podkreślić właściwe*

Sprzeciw wobec objęcia Ucznia opieką profilaktyczną

Na podstawie art. 7 ust. 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, wyrażam sprzeciw wobec objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną mojego Syna/ Córki/ mnie jako pełnoletniego ucznia*.

** prosimy podkreślić właściwe*

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna prawnego lub Ucznia pełnoletniego)