

Załącznik nr 3

pieczątka 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.