

.....
(imię i nazwisko matki)

.....
(imię i nazwisko ojca)

Poznań, dnia

.....

.....

.....

Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne*

Wyrażamy zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9
ust. 1 pkt 1 ustawy z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w zakresie
świadczenia ogólnostomatologicznego nad naszym dzieckiem

.....

(imię i nazwisko, PESEL)

ucznem klasy w Poznaniu.

.....

.....

(czytelny podpis matki i ojca)*

* Wymagana zgoda obojga rodziców