Wrocław, ……………………………………..

**Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne**

Wyrażam 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 dziecka)

ucznia klasy ………

……………….…………………………………………………………

……………….…………………………………………………………

(czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych)