

Łódź, dnia _____

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego _____

Imię i nazwisko ucznia _____ klasa _____

Wyrażam sprzeciw na:

- ☐ Opieka higienistki szkolnej w szkole
- ☐ Opieka stomatologiczna w miejscu wskazanym przez szkołę

Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego _____