

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imiona i nazwiska rodziców /opiekunów prawnych  
małoletniego ucznia)

### **Sprzeciw wobec objęcia ucznia profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi**

Ja/My, niżej podpisana/y/ni na podstawie art. 7 ust. 2 w związku z art. 9 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. **o opiece zdrowotnej nad uczniami**,  
**wyrażam/y sprzeciw** na objęcie profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi przez lekarza dentystę ZOZ Meden Sp. z o. o. sprawującym opiekę stomatologiczną nad uczniami I LO Dwujęzycznego im. E. Dembowskiego zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem świadczeń ortodoncji

mojego/naszego dziecka....., klasa.....  
(imię i nazwisko małoletniego ucznia)

.....  
(podpisy rodziców/opiekunów prawnych)