……………………………………

(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)*

uczniem klasy ……… ………………………………………………………….. w Poznaniu.

…………………………………………

…………………………………………

(czytelny podpis matki i ojca)\*

\* Wymagana zgoda obojga rodziców