Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży *

Ja, niżej podpisana/y, ……
imiona i nazwiska opiekunów prawnych ucznia niepełnoletniego

na podstawie art. 7 ust. 4 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami w związku z art. 9 ust. 1 i 2 tejże ustawy **wyrażam zgodę** na objęcie pozostającej/-go pod moją opieką

…….
imię i nazwisko ucznia niepełnoletniego

świadczeniami ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

……

……
podpisy opiekunów prawnych ucznia niepełnoletniego

Zgoda na objęcie ucznia przewlekle chorego lub niepełnosprawnego opieką lekarską *

Ja, niżej podpisana/y, ……..
imię i nazwisko ucznia pełnoletniego lub imiona i nazwiska opiekunów prawnych ucznia niepełnoletniego

na podstawie art. 7 ust. 5 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami

wyrażam zgodę na objęcie mnie/pozostającej/-go pod moją opieką **

…….
imię i nazwisko ucznia niepełnoletniego

opieką zdrowotną.

……

……..
podpis ucznia pełnoletniego lub podpisy opiekunów prawnych ucznia niepełnoletniego

* uzupełnić, jeśli dotyczy
** niepotrzebne skreślić