

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(Nazwa świadczeniodawcy)

.....  
(adres świadczeniodawcy)

## **Brak zgody na objęcie ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o  
opiece zdrowotnej nad uczniami **nie wyrażam zgody** na objęcie mnie / pozostającej/ego pod  
moją opieką .....

(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania

.....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)