



.....  
(Pieczęć szkoły)

## Zgoda na objęcie ucznia opieką stomatologiczną

Ja, niżej podpisana (-y)

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

wyrażam zgodę na objęcie pozostającej (-ego) pod moją opieką

.....  
(imię i nazwisko ucznia, PESEL)

przez:

NZOZ „Ambulatorium”  
ul. Mickiewicza 6b  
78-200 Białogard

świadzczeniami:

profilaktycznymi i ogólnostomatologicznymi dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.

.....  
(data i miejscowość)

.....  
(czytelny podpis opiekuna)

### Podstawa prawna:

- Ustawa z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) – art. 7.
- Porozumienie nr ED.441.6.2.2023 z dnia 28.12.2023 r.