

.....  
*pieczęć szkoły*

**Ja, niżej podpisana (-y)** .....  
*(imię i nazwisko opiekuna prawnego ucznia małoletniego)*

**jako opiekun prawny ucznia** .....  
*(imię i nazwisko ucznia małoletniego i PESEL)*

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

1. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielane w dentobusie [TAK / NIE]\*,

.....  
*Data i miejscowość*

.....  
*Czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia*

\* właściwe zaznaczyć podkreśleniem, niepotrzebne skreślić