ZGODA NA KORZYSTANIE Z USŁUG GABINETU STOMATOLOGICZNEGO

Imię i Nazwisko Ucznia: ………………………………………………………………….

Wyrażam zgodę\*/Nie wyrażam zgody\* na wykonywanie: świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

Wyrażam zgodę\*/Nie wyrażam zgody\* na wykonywanie: profilaktycznych świadczeń stomatologicznych w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

…………………………………………………………………..

Czytelny podpis rodzica/ pełnoletniego ucznia

\*niepotrzebne skreślić