

Załącznik 1.

Wejherowo, .....

.....  
imię i nazwisko matki / opiekuna prawnego/pełnoletniego ucznia

.....  
imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego/

**Gabinet Dentystyczny  
Małgorzata Kamińska  
ul. Pucka 11  
84-200 Wejherowo**

### **Zgoda na świadczenia ogólnostomatologiczne**

Wyrażam zgodę na opiekę stomatologiczną, o której mowa w art. 7 ust. 4 w związku z art. 9 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) w zakresie świadczenia ogólnostomatologicznego dla mojego dziecka/pełnoletniego ucznia

.....  
imię i nazwisko dziecka/pełnoletniego ucznia, PESEL

ucznia klasy ..... Powiatowego Zespołu Szkół Nr 3 w Wejherowie.

.....  
Podpis matki / opiekuna prawnego

.....  
Podpis ojca / opiekuna prawnego

\* Wymagana jest zgoda obojga rodziców.