Wzory druków

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że rezygnuję z profilaktycznej opieki zdrowotnej sprawowanej w roku szkolnym 2019/2020 przez pielęgniarkę szkolną nad

…………………………………………………………………………….

/imię i nazwisko ucznia, klasa/

………………………….. ……………………………

/miejscowość, data/ / podpis rodzica ucznia niepełnoletniego

lub podpis ucznia pełnoletniego/

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że rezygnuję z opieki stomatologicznej w zakresie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży, sprawowanej w roku szkolnym 2019/2020 przez lekarza stomatologa nad

…………………………………………………………………………….

/imię i nazwisko ucznia, klasa/

………………………….. ……………………………

/miejscowość, data/ / podpis rodzica ucznia niepełnoletniego

lub podpis ucznia pełnoletniego/