

**WYRAŻENIE ZGODY PEŁNOLETNIEGO UCZNI  
NA PROFILAKTYCZNE ŚWIADCZENIA STOMATOLOGICZNE  
W SZKOLNYM GABINECIE STOMATOLOGICZNYM  
W SP NR 4 W RAWICZU**

**DANE UCZNI:**

Imię i Nazwisko: .....

Adres i klasa: .....

PESEL: .....

Numer kontaktowy: .....

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody\* na wykonywanie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 r.ż. w **Gabiniecie Stomatologicznym w Szkole Podstawowej Nr 4 w Rawiczu ul. Broniewskiego 5**, przez cały okres odbywania przeze mnie obowiązku szkolnego w I Liceum Ogólnokształcącym w Rawiczu, określonych w przepisach wydanych na podst. art.31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z wyłączeniem ortodoncji.

.....  
Podpis ucznia

\*niepotrzebne skreślić