…………………… …….………………….....

Pieczęć szkoły Miejscowość, data

…………………………………………………..…………………..

Imię i nazwisko rodzica lub innego opiekuna prawnego dziecka\*

\*właściwe podkreślić

**Zgoda na profilaktykę i leczenie stomatologiczne dziecka**

**w dentobusie**

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na profilaktykę i leczenie stomatologiczne dziecka

………….......................................................................................................................................***Imię i nazwisko dziecka***

 …………...

 PESEL dziecka

…………………………………………………..

Czytelny podpis rodzica

lub innego opiekuna prawnego dziecka