

.....  
**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***