

## DEKLARACJA ZGODY

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody, aby dziecko .....z klasy.....  
ze Szkoły Podstawowej..... było objęte opieką  
stomatologiczną realizowaną w ramach współpracy szkoły ze stomatologiem, która  
polega na regularnych badaniach zdrowia jamy ustnej i miejscowej profilaktyce  
fluorkowej zębów stałych. Kontrole stomatologiczne odbywają się w szkole co 3  
miesiące, a kontynuacja leczenia możliwa jest w gabinecie dentystycznym  
zlokalizowanym przy ulicy Strzeleckiej 11 w Poznaniu w obecności rodzica.

\*rodzic decyduje o wyborze miejsca kontynuacji leczenia, może wybrać inną placówkę  
stomatologiczną

Imię i nazwisko

rodzica/opiekuna.....

uwagi:.....

.....  
data oraz podpis

wypełnia rodzic, który wyraził zgodę na opiekę stomatologiczną:

### DANE UCZNIĄ

imię .....

nazwisko .....

pesel .....

adres.....

telefon kontaktowy rodzica/opiekuna

.....

