

**Dane ucznia:**

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(PESEL)

**Dane rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/yh)\*:**

1.

2.

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(adres zamieszkania)

\_\_\_\_\_  
(opcjonalnie dodatkowe dane pozwalające na identyfikację)

\_\_\_\_\_  
(dane świadczeniodawcy)

**SPRZECIW WOBEC SPRAWOWANIA NAD UCZNIEM PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r., poz. 1078) zgłaszam sprzeciw wobec sprawowania przez świadczeniodawcę nad ww. uczniem, profilaktycznej opieki zdrowotnej.

\_\_\_\_\_  
data i podpis/y rodzica/ów (przedstawiciela/i ustawowego/yh) lub ucznia\*

- \* 1. w przypadku, gdy uczeń jest małoletni lub całkowicie ubezwłasnowolniony, sprzeciw skład w jego imieniu rodzice lub przedstawiciele ustawowi
- 2. w przypadku, gdy uczeń jest pełnoletni, sprzeciw składa we własnym imieniu, a pola dotyczące danych rodzica/ów, przedstawiciela/li należy przekreślić