Warszawa, ………………………………………..20… r.

**SPRZECIW**

**Opieka zdrowotna**

My, niżej podpisani rodzice/ opiekunowie prawni ucznia …………………………………………………………………….. z klasy …………………………………….., nie wyrażamy zgody na objęcie naszego dziecka opieką zdrowotną, świadczoną na terenie Szkoły Podstawowej z Oddziałami Integracyjnymi nr 343, ul. Kopcińskiego 7, przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania.

Podpisy rodziców/ opiekunów prawnych

……………………………………………………………..

……………………………………………………………..

*Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami.*