

Data, .....

**WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA  
NA LECZENIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA  
W GABINECIE STOMATOLOGICZNYM  
W RAMACH OPIEKI NAD UCZNIAMI**

**DANE DZIECKA:**

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

**ZGADZAM SIĘ NA PROFILAKTYKĘ**

TAK ( )

NIE ( )

.....  
Podpis rodzica/opiekuna