

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Imię i nazwisko pełnoletniego ucznia bądź opiekunów prawnych)

.....  
(adres zamieszkania)

## Niepubliczny Zakład Pielęgniarstwa Szkolnego "MEDYCYNA SZKOLNA"

### Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną

Ja, niżej podpisana/y.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia albo opiekuna prawnego małoletniego ucznia)

na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami w zw. z art. 9 ust. 1 ustawy o  
opiece zdrowotnej nad uczniami **wyrażam sprzeciw** wobec objęcia mnie / pozostającej/ego pod  
moją opieką .....  
(imię i nazwisko małoletniego ucznia i nr PESEL)

- profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i  
wychowania czy też higienistkę szkolną.
- Wyrażam / nie wyrażam zgodę na udzielenie pierwszej pomocy (niepotrzebne skreślić)

.....  
(Imię i nazwisko opiekuna prawnego bądź pełnoletniego ucznia)