



Bydgoszcz, dnia

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* wyłącznie na opiekę profilaktyczną mojej córki/mojego syna

.....
(imię/imiona i nazwisko dziecka, klasa)

w szkolnym gabinecie stomatologicznym.

*niepotrzebne skreślić

.....
(czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)