

## Sprzeciw na objęcie ucznia opieką profilaktyczną w szkole

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres rodziców/  
opiekunów prawnych ucznia)

## Sprzeciw na objęcie ucznia opieką profilaktyczną w szkole

Ja, niżej podpisana/y .....  
(imię i nazwisko rodzica, opiekuna prawnego ucznia małoletniego lub pełnoletniego ucznia)  
nie wyrażam zgody/wyrażam zgodę\* na objęcie pozostającej/ego pod moją opieką/mnie

.....  
..... (imię i nazwisko  
ucznia i PESEL) profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole.

### WYRAŻAM SPRZECIW NA:

- Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania (brak zgody na pomiary, badanie bilansowe/przesiewowe, profilaktykę fluorkową, zabiegi, brak zgody na podawanie leków na terenie placówki edukacyjnej )\*

Wyrażam zgodę na udzieleni pierwszej pomocy medycznej w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia dziecka.

.....  
(data i miejscowość)

.....  
(czytelny podpis opiekuna lub pełnoletniego ucznia)

### Podstawa prawna:

Ustawa z 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) – art. 7.

\* niepotrzebne skreślić