……………………………… ……………………………………

imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna miejscowość, data

**Oświadczenie**

dotyczące profilaktyki i leczenia stomatologicznego w gabinecie dentystycznym

Ja, niżej podpisany nie wyrażam zgody na profilaktykę i leczenie stomatologiczne mojego dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

imię i nazwisko dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL dziecka

…………………………………

czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna