

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 PROFLAKTYKĘ

TAK ()

NIE ()

.....

Podpis rodzica/opiekuna

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 PROFLAKTYKĘ

TAK ()

NIE ()

.....

Podpis rodzica/opiekuna