Pruszcz Gdański dnia;………………………………

--------------------------------------------------------------

 Imię i nazwisko Rodzica/ Opiekuna prawnego

------------------------------------------------------------ ---------------------------

 Imię i nazwisko Ucznia klasa

Nie wyrażam zgody na objęcie przez pielęgniarkę szkolną opieką profilaktyczną mojego Dziecka.

-----------------------------------------------------------

Czytelny podpis Rodzica/opiekuna prawnego