**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Miejscowość, data

**Dane rodzica/opiekuna prawnego:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Adres zamieszkania

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Telefon kontaktowy

**Dane ucznia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Imię i nazwisko, Klasa

**Do:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Dyrektor Szkoły
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Nazwa szkoły
 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Adres szkoły

**Sprzeciw wobec objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną**

Na podstawie art. 7 ust. 2 Ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. z 2019 r. poz. 1078) wyrażam sprzeciw wobec objęcia mojego dziecka, [imię i nazwisko ucznia], profilaktyczną opieką zdrowotną świadczoną przez pielęgniarkę/higienistkę szkolną.

Proszę o potwierdzenie przyjęcia niniejszego sprzeciwu.

Z poważaniem,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Podpis rodzica/opiekuna prawnego

**Instrukcje:**

1. **Adresat:** Pismo należy zaadresować do dyrektora szkoły oraz pielęgniarki lub higienistki szkolnej.
2. **Dostarczenie:** Sprzeciw można złożyć osobiście w sekretariacie szkoły, prosząc o potwierdzenie odbioru, lub wysłać listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.
3. **Termin:** Sprzeciw można złożyć w dowolnym momencie roku szkolnego.

Pamiętaj, że zgodnie z obowiązującymi przepisami, brak sprzeciwu oznacza zgodę na objęcie dziecka profilaktyczną opieką zdrowotną w szkole.