

Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 – 2020

**Zgoda
na udział w programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)
w programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół.

*W przypadku dziecka, które ukończyło 16 lat wymagana jest również jego zgoda, łącznie ze zgodą przedstawiciela ustawowego.**

Podpis przedstawiciela ustawowego

Podpis dziecka:

.....

.....

** W przypadku dziecka, które nie ukończyło 16 roku życia w miejscu: „Podpis dziecka” należy wpisać nie dotyczy.*

Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół na lata 2018 – 2020

**Zgoda
na udział w programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
(imię i nazwisko dziecka)
w programie profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów lubelskich szkół.

*W przypadku dziecka, które ukończyło 16 lat wymagana jest również jego zgoda, łącznie ze zgodą przedstawiciela ustawowego.**

Podpis przedstawiciela ustawowego

Podpis dziecka:

.....

.....

** W przypadku dziecka, które nie ukończyło 16 roku życia w miejscu: „Podpis dziecka” należy wpisać nie dotyczy.*