

....., dnia

**Zgoda na udział osoby nieletniej
w Gminnym Programie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z terenu
Gminy Białobrzegi
wyrażona przez rodzica/opiekuna prawnego dziecka**

Ja,

.....

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego dziecka)

zam.

(adres zamieszkania)

Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego dziecka

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w ***Gminnym Programie profilaktyki próchnicy zębów u dzieci i młodzieży z terenu Gminy Białobrzegi***, obejmującego wykonanie u mojego dziecka badania stanu zdrowia jamy ustnej oraz profilaktycznego lakierowania zębów mlecznych i/lub profilaktycznego lakowania pierwszych zębów bocznych stałych szóstych i siódmych wolnych od próchnicy przez lekarza stomatologa.

Imię i nazwisko dziecka

Numer PESEL

Data urodzenia dziecka

Moje dziecko uczęszcza do

(nazwa i adres szkoły/przedszkola)

.....

(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego dziecka)