Kalisz, dnia……………………..

Pani

Bożena Grzyb

pielęgniarka środowiska

nauczania i wychowania

**SPRZECIW wobec sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej**

Zgłaszam/y\* sprzeciw wobec sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej

nad moim/naszym\* dzieckiem…………………………………………………………...

 (imię i nazwisko)

uczniem klasy…………………………………..Szkoły Podstawowej nr 1

im. Konstytucji 3 Maja w Kaliszu.

1)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis matki)

2)………………………………………………………………..

 (czytelny podpis ojca)

\* niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Kalisz, dnia……………………..