

Nie wyrażam zgody na objęcia mojego dziecka
ucznia klasy bezpłatną opieką i profilaktyką stomatologiczną
świadczoną przez gabinet stomatologiczny prowadzony na terenie szkoły przez panią Marzenę
Jałoszyńską.

Konin,

.....

(podpis rodzica/opiekuna)