

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię i nazwisko pełnoletniego ucznia, klasa)

### **Sprzeciw wobec objęcia ucznia opieką profilaktyczną**

Ja, niżej podpisana/y na podstawie art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. **o opiece zdrowotnej nad uczniami**, wyrażam/y **sprzeciw** wobec objęcia mnie profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną.

.....  
(podpis pełnoletniego ucznia)