

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przegląd stomatologiczny

mojego dziecka,

(imię i nazwisko, klasa, data urodzenia)

który zostanie przeprowadzony na terenie Szkoły Podstawowej nr 8 w Gdyni
do końca 2019 r. przez personel Poradni Stomatologicznej Przychodni Orłowo
(ul. Wrocławska 54, 81-553 Gdynia)

.....

podpisy rodziców

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na przegląd stomatologiczny

mojego dziecka,

(imię i nazwisko, klasa, data urodzenia)

który zostanie przeprowadzony na terenie Szkoły Podstawowej nr 8 w Gdyni
do końca 2019 r. przez personel Poradni Stomatologicznej Przychodni Orłowo
(ul. Wrocławska 54, 81-553 Gdynia)

.....

podpisy rodziców
