**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na **bezpłatny przegląd stomatologiczny** mojego dziecka………………………………………………………………………,

który organizowany jest przez Szkołę Podstawową w Młochowie oraz Ośrodek Zdrowia w Młochowie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Miejsce badania: OZ w Młochowie. Podczas badania szkoła zapewnia opiekę wychowawcy.

………………………………………………………

data i czytelny podpis rodzica