……………………………… ……………………………………

 imię i nazwisko rodzica/ prawnego opiekuna miejscowość, data

 **Zgoda**

 na profilaktykę i leczenie stomatologiczne w gabinecie dentystycznym

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na profilaktykę i leczenie stomatologiczne mojego dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 imię i nazwisko dziecka

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

 PESEL dziecka

 …………………………………

 czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna