……………………………… ……………………………………

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