**Zgoda na świadczenie zdrowotne dziecka z zakresu leczenia stomatologicznego.**

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę na świadczenia zdrowotne w roku szkolnym 2019/20

mojego dziecka /dzieci…………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

ucznia/ów Szkoły Podstawowej nr 21 w Rzeszowie w gabinecie stomatologicznym

przy ulicy Mieszka I 10 w Rzeszowie.

 podpis rodzica/opiekuna