

Klasa:

**I LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE**  
*im. Marii Skłodowskiej-Curie w Piła*  
**64-920 PIŁA, ul. W. Pola 11**  
tel. (067) 351 74 70 ②  
ID 000242157 NIP 764-22-61-645

.....  
Pieczętka placówki oświatowej

**SIMON NOWAK Stomatologia**  
*ul. Widok 2B/16 - Teatralna 1*  
64-920 Piła  
NIP: 7642702598  
REGON: 387115134

.....  
Pieczętka gabinetu stomatologicznego

### WYRAŻENIE ZGODY RODZICA/OPIEKUNA NA OPIEKĘ STOMATOLOGICZNĄ UCZNIĄ

#### DANE:

Nazwisko: .....

Imię: .....

Adres: .....

PESEL: .....

TELEFON KONTAKTOWY RODZICA/OPIEKUNA: .....

#### WYRAŻAM ZGODĘ NA PROFIALKTYKĘ STOMATOLOGICZNĄ

(lakierowanie, leczenie próchnicy powierzchniowej zębów, impregnację zębiny)

TAK ( )

NIE ( )

Choroby ogólne: Alergia ( ), Nadciśnienie ( ), Cukrzyca ( ), Choroby nerek ( ), Choroby tarczycy ( ), Choroby układu krążenia ( ), Epilepsja/Padaczka ( ), Żółtaczka ( ), HIV/AIDS ( ), Zaburzenia krzepnięcia krwi ( ).

Inne, jakie? .....

Aktualnie przyjmowane leki: .....

Występowanie uczuleń na leki: .....

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis rodzica/opiekuna

**Instrukcja: Proszę o postawienie znaku krzyżyka w pustych nawiasach**