

ZGODA

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów w klasach I-VI.

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Pesel

Czępielowice,

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Rezygnacja z fluoryzacji wymaga informacji pisemne

.....

ZGODA

Wyrażam zgodę na fluoryzację zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów w klasach I-VI.

Imię i nazwisko ucznia

Klasa

Pesel

Czępielowice,

data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Rezygnacja z fluoryzacji wymaga informacji pisemne