
(imię i nazwisko Rodzica/Prawnego Opiekuna)

(Miejscowość, data)

(adres zamieszkania)

Zgoda Rodziców

W trosce o zdrowie jamy ustnej dzieci w przedszkolu prowadzone będą zabiegi których celem jest przeciwdziałanie próchnicy zębów. Państwa dziecko w ramach programu profilaktycznego 3-krotnie w odstępach 3-miesięcznych objęte będzie fluoryzacją bądź remineralizacją szkliwa (bez fluoru) kontaktową poprzez pędzlowanie. Przy okazji będą prowadzone pogadanki o higienie jamy ustnej. Profilaktyka będzie prowadzona przez dyplomowaną higienistkę stomatologiczną w odpowiednim reżimie sanitarnym. Spodziewamy się że nasze starania o zdrowie jamy ustnej dzieci zostaną przez Państwa poparte wyrażeniem zgody na uczestnictwo dziecka w programie.

(Imię i nazwisko dziecka, grupa)

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w 3-krotnej fluoryzacji poprzez pędzlowanie

TAK / NIE*

2. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w 3-krotnej remineralizacji (preparat bez fluoru)

TAK / NIE*

(Podpis rodzica/prawnego opiekuna)

*właściwie podkreślić