

Świętochłowice, dnia

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL)

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na badanie kwalifikowane oraz obowiązkowe szczepienie ochronne
mojego dziecka

Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić
przeciwwskazanie do szczepienia.

Dane rodzica / opiekuna prawnego*

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, tel. kontaktowy)

* niewłaściwe skreślić

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego / faktycznego)