.

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

NA SZCZEPIENIE DZIECKA

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym .............................................................................

 Imię i nazwisko, adres zameldowania dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

nazwa szkoły

oraz w świetle przepisów prawa jestem uprawniony do złożenia niniejszego oświadczenia.

Niniejszym **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na wykonanie u ww. dziecka szczepienia ochronnego przeciwko rakowi szyjki macicy w ramach profilaktycznych szczepień wśród dziewczynek urodzonych w roku 2003 i zamieszkałych, bądź uczących się w szkołach na terenie Gminy Wieluń. Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna ................................................................................................

adres .............................................................................................................................................

telefon ...................................................

……………., dnia …………….. ………………………….

 Podpis rodzica/opiekuna

\* niewłaściwe przekreślić

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW

NA SZCZEPIENIE DZIECKA

Oświadczam, że jestem opiekunem prawnym .............................................................................

 Imię i nazwisko, adres zameldowania dziecka

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

nazwa szkoły

oraz w świetle przepisów prawa jestem uprawniony do złożenia niniejszego oświadczenia.

Niniejszym **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\* na wykonanie u ww. dziecka szczepienia ochronnego przeciwko rakowi szyjki macicy w ramach profilaktycznych szczepień wśród dziewczynek urodzonych w roku 2003 i zamieszkałych, bądź uczących się w szkołach na terenie Gminy Wieluń. Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami niepożądanymi szczepionki.

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna ................................................................................................

adres .............................................................................................................................................

telefon ...................................................

……………., dnia …………….. ………………………….

 Podpis rodzica/opiekuna

\* niewłaściwe przekreślić