

**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 2004 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