

Data:

Miejscowość:

Deklaracja rodzica / opiekuna prawnego

Ja, (imię i nazwisko),
posiadający/a pełnię praw rodzicielskich / będąc opiekunem prawnym / sprawując pieczę
zastępczą*, wyrażam chęć zaszczepienia dziecka:

..... (imię i nazwisko dziecka),
ucznia / wychowanka* klasy szkoły / placówki*,
numer PESEL/nr Paszportu.....

podczas akcji szczepień uczniów od 12 do 18 roku życia zorganizowanej
we wrześniu 2021 r. w punkcie szczepień SPZOZ Śliwice, przy ulicy Szkolnej 7
w Śliwicach.

Dodatkowo, zgłaszam (liczba) członka/ów rodziny chętnego/ych do zaszczepienia
podczas ww. akcji.

	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Nr Telefonu	Podpis jeśli osoba ukończyła 16. lat
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

Podpisy rodziców dziecka:

.....

nr telefonu

* niepotrzebne skreślić