

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

.....

.....
Adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

(oświadczenie o przeciwwskazaniach medycznych dziecka do szczepień, zgodnych z
aktualnym Programem Szczepień Ochronnych)

Ja niżej podpisana/y

.....
(Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego)

oświadczam, że moje dziecko

(Imię i nazwisko dziecka)

posiada przeciwwskazania medyczne do obowiązkowych szczepień, zgodnych z aktualnym
Programem Szczepień Ochronnych.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego