……………………………………………………

/miejscowość, data/

(Pieczątka podmiotu wykonującego  
działalność leczniczą)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny  
w Grodzisku Mazowieckim  
ul. Żwirki i Wigury 10  
05-825 Grodzisk Mazowiecki**

**Formularz zgłoszenia osób uchylających się od obowiązku wykonania szczepień ochronnych**

Dane osoby podlegającej obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu:

Imię i nazwisko:

....................................................................................................................   
Data urodzenia, PESEL:

........................................................................................................................  
Adres zamieszkania:

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Dane rodziców/opiekunów prawnych uchylających się od obowiązku szczepień ochronnych\*:

MATKA/Opiekunka prawna  
Imię i nazwisko, PESEL:

.....................................................................................................................

Adres zamieszkania:

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Telefon kontaktowy:…………………………………………………………………………

OJCIEC/Opiekun prawny  
Imię i nazwisko, PESEL:

........................................................................................................................................

Adres zamieszkania :

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Telefon kontaktowy:…………………………………………………………………………

Brakujące szczepienia obowiązkowe: (jakie szczepienie, ile dawek; wskazujemy wyłącznie szczepienia możliwe do wykonania na dzień wypełnienia formularza, nie wskazujemy szczepień, wobec których wygasł obowiązek realizacji)

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Przyczyny uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych: (zaznaczyć)  
□ Odrębność kulturowa, religijna lub etniczna  
□ Wpływ ruchów antyszczepionkowych  
□ Wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną  
□ Wcześniej NOP u osoby zobowiązanej  
□ Inna przyczyna( opisać, jeśli wiadomo)  
........................................................................................................................................

.......................................................................................................................................

Działania podjęte przez placówkę w celu zmiany decyzji zobowiązanego (wymienić jakie):

………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Data ostatniego wezwania na szczepienie (data oraz rodzaj szczepienia):  
........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Złożone oświadczenie świadomej odmowy szczepienia obowiązkowego z podpisami obojga rodziców/opiekunów: (zaznaczyć)  
□ tak  
□ nie

Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia : (stwierdza przeciwwskazania , lub nie stwierdza przeciwwskazań)  
........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Data oraz rodzaj kolejnego wyznaczonego szczepienia

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

Inne uwagi:  
........................................................................................................................................

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

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

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

Załączniki:  
.....................................................

.....................................................

.....................................................

…………………………………….

(pieczątka i podpis lekarza)