Pieczątka poradni ……………………………, dnia …………………

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

w Zduńskiej Woli

ul. Łaska 13

98-220 Zduńska Wola

Zgłaszam rodziców uchylających się od szczepień swojego dziecka:

**MATKA**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………………………………...

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

**OJCIEC**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………….

PESEL: …………………………………………………………………………………………………...

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

**Oświadczenie o braku zgody na wykonanie obowiązkowego szczepienia z podpisem obojga rodziców.**

**DANE DZIECKA**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………………………………………………..

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

**Brakujące szczepienia:**

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

**Podjęte działania (opisać jakie):** ……………………………………………………………………………………………………………

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

**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia** (stwierdza p/wskazania lub nie stwierdza p/wskazań):……………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

Zgłoszenie podpisuje lekarz rodzinny

Uwaga: Każde dziecko zgłaszać na osobnym druku z kserokopią karty uodpornienia i kserokopią potwierdzającą wezwanie (nie może być wspólna dla kilku dzieci)