(pieczątka placówki)

WYKAZ OSÓB UCHYLAJĄCYCH SIĘ OD OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię, nazwisko, nr PESEL dziecka | Data urodzenia | Imię, nazwisko, adres, nr PESEL opiekunów prawnych dziecka | Wykaz zaległych szczepień | Przyczyna uchylania się od obowiązku szczepień ochronnych (do wyboru)\* |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\* **odrębność kulturowa, religijna lub etniczna/ wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną/ wpływ ruchów antyszczepionkowych/ wcześniej NOP u osoby zobowiązanej/ inna przyczyna (jaka?)**

**(podpis i pieczątka kierownika placówki)**