Lista osób uchylających się od realizacji obowiązkowych szczepień ochronnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Dane dziecka** |  | **Niezrealizowany obowiązek szczepień ochronnych****w I - II - III - IV kw. 2022 r.\*** | **Dane przedstawicieli ustawowych** |
| **Nazwisko i imię** | **Data urodzenia** | **Pesel** |  | 1 i 2 r.ż. | 6 r.ż. | 6/10 r.ż. | 14 r.ż. | 19 r.ż. | **Dane personalne matki****(imię, nazwisko, pesel, adres)** | **Dane****personalneojca****(imię, nazwisko, pesel, adres)** |
| gruźlica | wzw typu B | błonica, tężec, krztusiec | *Haemophilus**influenzae b* | *poliomyelitis* | *rotawirusy* | *Streptococcus**pneumoniae* | odra, świnka, różyczka | błonica, tężec,krztusiec | *poliomyelitis* | odra, świnka,różyczka | błonica, tężec,krztusiec | błonica, tężec |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Należy uzupełnić uwzględniając tylko dawki szczepień. Stan na ostatni dzień zakończonego kwartału

 Pieczątka placówki ……………………………………………………………. podpis i pieczątka kierownika ………………………………………………………