……………………………………………….

Pieczątka Zakładu

**Wykaz osób zadeklarowanych oraz kart szczepień**

**za okres ……………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rok urodzenia** | **Liczba osób zadeklarowanych** | **Liczba kart uodpornienia** | **Przyczyna braku kart uodpornienia** | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| **Razem** |  |  |  | |
| **Liczba osób zaszczepionych** | |  | **Liczba osób podlegających szczepieniu** |  |

**Sporządził**: **Podpis i pieczątka**

**Kierownika placówki**