………………………………………….

 (Pieczątka przychodni) (miejscowość i data)

**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny
w Białej Podlaskiej**

**ul. Warszawska 18, 21-500 Biała Podlaska**

**Zgłoszenie rodziców/opiekunów uchylających się od obowiązku wykonania szczepień dziecka**

**MATKA**/Opiekunka prawna

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

PESEL:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

**OJCIEC**/Opiekun prawny

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

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

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

**DANE DZIECKA**

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

Data urodzenia/PESEL:………………………………………………………………………………………………………………..…………………

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

**BRAKUJĄCE SZCZEPIENIA OBOWIĄZKOWE** (zaznaczyć właściwe)

**BCG noworodkowe** €

**WZW typu B:** € I dawka € II dawka € III (lub IV) dawka

**DTP:** € I dawka € II dawka € III dawka € IV dawka

**IPV: :** € I dawka € II dawka € III

**ROTAWIRUSY :** € I dawka € II dawka € III dawka

**PNEUMOKOKI:** € I dawka € II dawka € III dawka

**HIB:** € I dawka € II dawka € III dawka € IV dawka

**ODRA, ŚWINKA, RÓŻYCZKA:** € 13-14 m.ż. € 6/10 r.ż.

**DTaP+IPV** w 6 r.ż. €

**Tdap** w 14 r.ż. €

**Td** w 19 r.ż. €

**INNE:**………………………………………….……..

**PRZYCZYNA ODMOWY SZCZEPIEŃ** (wpisać, jeżeli jest znana przyczyna)

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

**DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ PLACÓWKĘ** (opisać jakie)

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

Data ostatniego wezwania na szczepienie …………………………………………………………………………………………………..……

**OPINIA LEKARSKA W ZAKRESIE ZDOLNOŚCI DO SZCZEPIENIA** (stwierdza przeciwskazania lub nie stwierdza przeciwskazań, inne istotne uwagi)

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

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

…………………………………………………………………………………………

(pieczątka i podpis lekarza POZ, do którego dziecko jest zadeklarowane)