…………………………………..

…………………………………..

………………………………….

(Adres placówki zgłaszającej/pieczątka)

ZGŁOSZENIE OPORNEGO ŚRODOWISKA

DANE DZIECKA:

1. Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

PESEL:

Aktualny adres pobytu:

Zaległe szczepienia (wg jednostek chorobowych):

ZOBOWIĄZANI:

2. Imię i nazwisko matki:

Data urodzenia:

PESEL:

Aktualny adres pobytu:

3. Imię i nazwisko ojca:

Data urodzenia:

PESEL:

Aktualny adres pobytu:

4. Data ostatniego wezwania do zaległych szczepień:

5. Dni i godziny pracy punktu szczepień: ……………………………………………………………..

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

6. Podpis Kierownika/Lekarza lub Pielęgniarki odpowiedzialnej za punkt szczepień: