

Oświadczenie przedstawiciela ustawowego dziecka dotyczące szczepienia przeciw HPV w szkole

Oświadczam, że moje dziecko1:

- nie było szczepione przeciw HPV
- otrzymało pierwszą dawkę szczepionki Cervarix/Gardasil92 przeciw HPV

w dniu.....
(Należy wskazać datę szczepienia)

.....
(Data i czytelny podpis)

Zgoda przedstawiciela ustawowego dziecka dotycząca szczepienia przeciw HPV w szkole

Ja
(Imię i nazwisko)

oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym:

.....
(Imię i nazwisko osoby małoletniej)

.....
(Adres zamieszkania osoby małoletniej)

.....
(PESEL osoby małoletniej lub w przypadku braku PESEL rodzaj, seria i nr dokumentu tożsamości)

i wyrażam zgodę na szczepienie ww. osoby małoletniej przeciw HPV w szkole.

Tel kontaktowy do opiekuna.

.....
(Data i czytelny podpis)

1 Zaznacz właściwe

2 Zaznacz właściwą nazwę szczepionki