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

……………………………………..

(Data i czytelny podpis)

1 Zaznacz właściwe

2 Zaznacz właściwą nazwę szczepionki