

.....
(imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zaszczepienie mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka, miejsce zamieszkania i PESEL)

urodzonego2014 r. szczepionką przeciwko pneumokokom w ramach realizowanego
(data urodzenia dziecka)

przez powiat „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych dla dzieci z terenu powiatu chełmskiego
na lata 2017 - 2020”.

.....
(podpis rodzica/prawnego opiekuna)