

UPOWAŻNIENIE



dotyczy zgody na wizyty związane ze SZCZEPIENIEM OCHRONNYM u dziecka po ukończeniu 6 roku życia z opiekunem, bez rodzica, opiekuna ustawowego lub opiekuna faktycznego

Nazwisko i imię dziecka:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania :

Upoważniam niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem, w czasie badania kwalifikowanego oraz obowiązkowego/dodatkowego* szczepienia ochronnego. Jednocześnie informuję o braku wiadomych mi uwarunkowań zdrowotnych mogących stanowić przeciwwskazanie do szczepień.

Osoba upoważniona:

Nazwisko i imię:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania :

Dane opiekuna ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego*:

Nazwisko i imię:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania :

Telefon:

Zgoda jest ważna bezterminowo/ na okres od do.....*.

.....
data

.....
podpis opiekuna ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego