

# 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 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