Pieczątka poradni ………………………………….. dnia …………………………

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

ul. Aleja 3 Maja 8

97-300 Piotrków Trybunalski

**Zgłaszam rodziców uchylających się od szczepień ochronnych swojego dziecka:**

**MATKA**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………

PESEL: ……………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………….

**OJCIEC**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………

PESEL: ……………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………….

**Dane dziecka**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………..…………

Data urodzenia: ………………………………………………………………………...……….

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………...…….

**Brakujące szczepienia:** …………………………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

**Podjęte działania ( opisać jakie):** …………………………………............…………..………

…………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………..….……**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia (stwierdza p/wskazania lub nie stwierdza p/wskazań):** ………………………………….……………………………………..

………………………………………………………………………………………….…..…………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………...

Zgłoszenie podpisuje lekarz rodzinny

UWAGA: Każde dziecko zgłaszać na osobnym druku z kserokopią karty uodpornienia (nie może być wspólna lista dla kilku dzieci), kserokopią wezwania wraz z kserokopią dowodu doręczenia.