

Pieczętka placówki

TABELA nr I Osoby uchylające się od szczepień dane za kwartał roku

| <i>Lp.</i> | <i>Imię i nazwisko dziecka, Adres</i> | <i>Data ur.</i> | <i>Imię i nazwisko matki Adres, telefon kontaktowy</i> | <i>Imię i nazwisko ojca Adres, telefon kontaktowy</i> | <i>Brakujące szczepienia</i> | <i>Przyczyna odmowy szczepień*</i> | <i>Podjęte działania</i> | <i>Uwagi</i> |
|------------|---|---------------------|--|---|----------------------------------|--|--------------------------|--------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Data sporządzenia.....

Sporządził.....

Zatwierdził.....

***przyczyna odmowy szczepień:** odrębność kulturowa, religijna, etniczna; wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną; wpływ ruchów antyszczepionkowych, wcześniejszy NOP u osoby zobowiązanej; inna przyczyna

***brakujące szczepienia:** wymienić zgodnie ze stanem na dzień sprawozdania (wskazać szczepionki możliwe do podania zgodnie z aktualnymi wymaganiami)

***podjęte działania:** wezwania ustne, telefoniczne, pisemne, pisemne za potwierdzeniem odbioru (wskazać daty oraz ilości działań)