Pajęczno, dnia.....................................................

pieczątka poradni

**Powiatowa Stacja**

**Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna**

**w Pajęcznie**

**98 – 330 Pajęczno, ul. Żeromskiego 7**

**Zgłoszenie rodziców uchylających się od obowiązku wykonania szczepień dziecka:**

**Matka**

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

PESEL: ..............................................................................................................

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

**Ojciec**

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

PESEL: ..............................................................................................................

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

**Dane Dziecka**

**Imię i nazwisko: ..............................................................................................................**

**PESEL: ..............................................................................................................**

**Adres zamieszkania:** **.............................................................................................................**

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

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

**Powód odmowy** (*zaznaczyć właściwe*)

odrębność kulturowa wpływ środowisk propagujących medycynę alternatywną

wpływ ruchów antyszczepionkowych  NOP u osoby zobowiązanej 

inna przyczyna  (*jaka*?) ..............................................................................................................................

 ........................................................................................................................................................................

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

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

**Opinia lekarska w zakresie zdolności do szczepienia** (*stwierdza przeciwskazania lub nie stwierdza* *przeciwskazań*):

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...............................................

 Pieczątka i podpis lekarza

**verte**

**Uwaga:**

Wraz z formularzem „Zgłoszenie rodziców uchylających się od obowiązku wykonania szczepień dziecka”

Należy przesłać:

1. kserokopię karty uodpornienia dziecka - podpisana za zgodność z oryginałem;
2. kserokopię pisemnego oświadczenia obojga rodziców o braku zgody na wykonanie obowiązkowego szczepienia ochronnego zaopatrzonego w datę i podpisy rodziców – fakt ten powinien być odnotowany przez lekarza w dokumentacji medycznej dziecka - podpisana za zgodność z oryginałem;
3. w przypadku odmowy podpisania oświadczenia przez rodziców – kserokopię wpisu dokonanego przez lekarza w dokumentacji medycznej dziecka - podpisana za zgodność z oryginałem.